

ΣΧΟΛΗ:Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

## ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ»



Σπουδάστρια :Παρθένα Παπαντίδου

Υπεύθυνη εκπαιδευτικός: Ευρυδίκη Παπαγιαννοπούλου

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2016

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
ABSTRACT.....	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	6
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ.....	7
Α ΜΕΡΟΣ: Η ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ.....	9
1. ΤΑ ΕΙΔΗ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ.....	9
2. ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ.....	11
3. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ.....	12
4. ΔΙΑΓΝΩΣΗ- ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	13
5. ΠΡΟΓΝΩΣΗ.....	16
6. ΠΡΟΛΗΨΗ.....	16
7. ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	19
Β ΜΕΡΟΣ: Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.....	21
1.ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ.....	21
2.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	22
3.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	24
4.ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ.....	26
Γ ΜΕΡΟΣ: ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ.....	27
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	34
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	36

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εκατοντάδες παιδιά κακοποιούνται καθημερινά σε ολόκληρο τον κόσμο και είναι αναγκασμένα να δέχονται τη βία, την ψυχολογική φθορά και τη σεξουαλική κακοποίηση από τους συγγενείς, τους φίλους και τους γείτονες, αγνώστους στον δρόμο ή και από τους ίδιους τους γονείς, ένα φαινόμενο τραγικό και ασύλληπτο στο μυαλό του ανθρώπου.

Το αναντίρρητο γεγονός είναι πως η κακοποίηση αφήνει γερά τα σημάδια της στην ευαίσθητη και ευάλωτη παιδική ψυχή και οι γονείς οφείλουν να είναι σε εγρήγορση αλλά και πλήρως ενημερωμένοι για τις ενδείξεις κακοποίησης ώστε να επέμβουν άμεσα, γρήγορα και αποτελεσματικά. Σε περίπτωση που το παιδί κακοποιείται από τους γονείς, την ευθύνη της αποκάλυψης φέρει αναγκαστικά το ευρύτερο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον.

Τα παιδιά που έχουν δεχτεί κακοποίηση και κυρίως σεξουαλική αρνούνται να μιλήσουν και να αποκαλύψουν την αλήθεια και κλείνονται στον εαυτό τους λέγοντας συνεχώς ψεύδη και αναλαμβάνοντας όλη την ευθύνη για τις πληγές και την κακή και επιθετική τους συμπεριφορά. Ο φόβος πως ο δράστης θα τα τιμωρήσει και θα τα βασανίσει ακόμα περισσότερο αλλά και η ντροπή που αισθάνονται θεωρώντας πως έδωσαν αφορμή για να τους συμβεί αυτό το γεγονός και πως τα ίδια φταίνε ολοκληρωτικά τα κάνει να σιωπούν και να λένε ψέματα.

## ΛΕΞΕΙΣ- ΚΛΕΙΔΙΑ

- Παιδική κακοποίηση
- Οικογένεια
- Σωματική βία
- Λεκτική βία
- Παραμέληση
- Αίτια
- Κλινική εικόνα

- Τρόποι αντιμετώπισης
- Νοσηλευτικό προσωπικό

## **ABSTRACT**

Thousands of children are being abused every day all over the world and they are obligated to except violence, psychological problems and sexual abuse by members of their family, friends and neighborhood, strangers on the street or their parents which is a tragic and awful fact.

Another fact is that child abuse marks children for ever and their wounds stay permanent in their fragile soul so especially parents must aware of all the matters that concern their children and stay put every day. This attitude helps them stop this problem at the beginning before serious consequences. If a child is being abused by its family then the family has the main responsibility for this and the social circle too.

Kinds who are sexually abused refuse to talk and tell the truth and they constantly lying because they are afraid or ashamed. They are closing to themselves and they take full responsibility for the violence against them as a result of their bad behavior. They are afraid that they will be punished once more and if the abuse is not sexually then they fear that the blame will be thrown at them once more. This fear make them lie. Nurses and doctors have their own part solving this problem.

## **KEY – WORDS**

- Child abuse
- Family
- Physicaly violence
- Violence in words
- Neglection
- Causes
- Clinical facts
- Ways to solve the problem
- Nurses and doctors

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κακοποίηση ανθρώπου από άνθρωπο είναι από μόνο του ένα φαινόμενο σκληρό, ανάλγητο και οδυνηρό που κάνει την έννοια «ανθρωπιά» να μοιάζει παράταιρη και αστεία. Όταν, όμως, η κακοποίηση αφορά παιδιά, αθώες ψυχές που είναι αδύνατο να υπερασπιστούν και να προστατέψουν τον εαυτό τους, τότε το θέμα είναι ακόμα πιο σοβαρό και επικίνδυνο.

Εκατοντάδες παιδιά κακοποιούνται καθημερινά σε ολόκληρο τον κόσμο και είναι αναγκασμένα να δέχονται τη βία, την ψυχολογική φθορά και τη σεξουαλική κακοποίηση από τους συγγενείς, τους φίλους και τους γείτονες, αγνώστους στον δρόμο ή και από τους ίδιους τους γονείς, ένα φαινόμενο τραγικό και ασύλληπτο στο μυαλό του ανθρώπου. Οι αριθμοί αποκαλύπτουν εύγλωττα την σκληρή πραγματικότητα αφού υπολογίζεται ότι το ποσοστό της σεξουαλικής κακοποίησης από ανθρώπους του οικείου περιβάλλοντος φτάνει το 62% έως 81% για τα κορίτσια και 84 -94% για τα αγόρια.

Τα παιδιά που έχουν δεχτεί κακοποίηση και κυρίως σεξουαλική αρνούνται να μιλήσουν και να αποκαλύψουν την αλήθεια και κλείνονται στον εαυτό τους λέγοντας συνεχώς ψεύδη και αναλαμβάνοντας όλη την ευθύνη για τις πληγές και την κακή και επιθετική τους συμπεριφορά. Ο φόβος πως ο δράστης θα τα τιμωρήσει και θα τα βασανίσει ακόμα περισσότερο αλλά και η ντροπή που αισθάνονται θεωρώντας πως έσωσαν αφορμή για να τους συμβεί αυτό το γεγονός και πως τα ίδια φταίνε ολοκληρωτικά τα κάνει να σιωπούν και να λένε ψέματα.

Το αναντίρρητο γεγονός είναι πως η κακοποίηση αφήνει γερά τα σημάδια της στην ευαίσθητη και ευάλωτη παιδική ψυχή και οι γονείς οφείλουν να είναι σε εγρήγορση αλλά και πλήρως ενημερωμένοι για τις ενδείξεις κακοποίησης ώστε να επέμβουν άμεσα, γρήγορα και αποτελεσματικά. Σε περίπτωση που το παιδί κακοποιείται από τους γονείς, την ευθύνη της αποκάλυψης φέρει αναγκαστικά το ευρύτερο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον.

## ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Το 1962 ένας παιδίατρος στις Ηνωμένες Πολιτείες, ο Henry Kempe χρησιμοποίησε για πρώτη φορά τον όρο «κακοποιημένο παιδί» και μάλιστα με τη σοβαρότητα του συνδρόμου, «Battered child syndrome». Στη συνέχεια προχώρησε σε μία ενδελεχή μελέτη και περιγραφή των παιδιών που κακοποιούνται κυρίως εντός του οικογενειακού περιβάλλοντος, των τραυμάτων τους και των γονέων που καταφεύγουν στην κακοποίηση των παιδιών τους. Η έρευνά του βασίστηκε σε διάφορα ερωτηματολόγια που μοίρασαν συνάδερφοί του σε νοσοκομεία, στα οποία νοσηλεύονταν παιδιά και όπως ήταν φυσικό αρχικά προκάλεσε δυσπιστία και πολλές αρνητικές αντιδράσεις (Wallance (2011)).

Είναι πολύ δύσκολο να καθοριστεί με ακρίβεια μία έννοια τόσο πολυσύνθετη και πολύπλευρη που έχει τόσες πολλές και καθοριστικές παραμέτρους. Οι ορισμοί που έχουν δοθεί έως σήμερα προσπαθούν αν λάβουν υπόψη τους όλες αυτές τις παραμέτρους και κάποιοι ερευνητές εστιάζουν στα ευρήματα από τις σωματικές κακώσεις των παιδιών ενώ άλλοι δίνουν έμφαση στα κίνητρα και τη συμπεριφορά του δράστη. Ένας ολοκληρωμένος, όμως, ορισμός που να συμπεριλαμβάνει όλα τα παραπάνω είναι δύσκολο να δοθεί.

Ο παιδίατρος Hefler R., τονίζει ότι «κακοποίηση είναι κάθε συναλλαγή ή έλλειψη συναλλαγής ανάμεσα σε ένα παιδί και ένα άλλο άτομο, το οποίο συνήθως έχει αναλάβει τη φροντίδα του και καταλήγει σε μη τυχαία βλάβη στη σωματική και ψυχολογική κατάσταση του παιδιού εμποδίζοντας παράλληλα την αναπτυξιακή του διαδικασία» ( Wallance, 2011). Ο ορισμός αυτός είθισται να χρησιμοποιείται από τους ειδικούς τα τελευταία χρόνια αλλά και ο ίδιος έχει πολλά κενά να καλύψει ακόμα για να θεωρείται πλήρης και ολοκληρωμένος.

## ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Σύμφωνα με τους Giurea & Holloway (2011) κάθε χρόνο περίπου 2,8 εκατομμύρια παιδιά στην Αμερική δέχονται τουλάχιστον μία μορφή παιδικής κακοποίησης ή μία πράξη βίας ενώ 1,4 εκατομμύρια παιδιά παραμελούνται ή κακοποιούνται με άλλο τρόπο. Τουλάχιστον 5 παιδιά είναι δυνατό να χάσουν τη ζωή τους ενώ 140.000 είναι πιθανό να τραυματιστούν πολύ σοβαρά. Το παιδί που ζει σε ένα σπίτι με έναν από τους δύο γονείς να έχει υποστεί βία ή κακοποίηση ως παιδί είναι πιθανό να αντιμετωπίσει κρούσματα βίας κατά 1500 φορές περισσότερο από ένα άλλο παιδί.

Ειδικά όσον αφορά την σεξουαλική κακοποίηση στην Αμερική παραμένει ένα μείζον πρόβλημα και το σημαντικό είναι πως τα περισσότερα παιδιά δεν ομολογούν την αλήθεια η οποία αποκαλύπτεται όταν ήδη είναι πολύ αργά και το παιδί έχει υποστεί ανεπανόρθωτη ζημία ή έχει χάσει την ζωή του. Τονίζεται πως αν και οι σχετικές στατιστικές δεν είναι ακριβείς και πρέπει να αντιμετωπίζονται με σύνεση, υπολογίζεται ότι 150 εκατομμύρια κορίτσια και 73 εκατομμύρια αγόρια κάτω των 18 ετών έχουν υποστεί αναγκαστική σεξουαλική επαφή ή άλλες μορφές σεξουαλικής βίας και εκμετάλλευσης, που περιλαμβάνουν και τη φυσική επαφή (Giurea & Holloway, 2011).

Σύμφωνα με το ίδρυμα United Nations Children's Fund (2014) για το έτος 2012 σε ολόκληρο τον κόσμο έχει καταγραφεί πως 1 στα 10 κορίτσια κάτω των 20 ετών έχει υποστεί σεξουαλική επίθεση ενώ έχουν καταμετρηθεί 95.000 θάνατοι παιδιών έπειτα από σωματική επίθεση και ένα δισεκατομμύριο παιδιά υποβάλλονται καθημερινά σε σωματικά βασανιστήρια και επιθέσεις. Ένας στους 3 μαθητές σε παγκόσμιο επίπεδο θα δεχτεί σχολικό εκφοβισμό ενώ στην Ελλάδα τα στοιχεία για τον σχολικό εκφοβισμό είναι αυξημένα τα τελευταία χρόνια. Στις ηλικίες έως 13 ετών ο σχολικός εκφοβισμός φτάνει το 21% ενώ για τις ηλικίες 13-15 ετών το 51%.

Επίσης, αναφέρει πως στην Ελλάδα και πάλι 15.300 παιδιά ηλικίας 11, 13 και 16 ετών έχουν ομολογήσει περιστατικά σωματικής βίας από τους γονείς τους ενώ 1 στα 20 παιδιά ομολογεί σεξουαλική επίθεση και 7 στα 10 άσκηση ψυχολογικής βίας.

Στις οικογένειες που ανήκουν στον λεγόμενο αγροτικό πληθυσμό τα κρούσματα βίας και κακοποίησης είναι περισσότερα και το ίδιο συμβαίνει και με τις οικογένειες που αντιμετωπίζουν οικονομικά προβλήματα.

Σύμφωνα με έρευνα της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού τα τελευταία τρία χρόνια, ένας στους δύο μαθητές Δημοτικού, Γυμνασίου και Λυκείου, σε Αθήνα, Θεσσαλονίκη και Κρήτη έχει υποστεί σωματική βία. Κατά την διάρκεια του τελευταίου έτους, μάλιστα, ένα στα δέκα παιδιά, τα οποία συμμετείχαν στην έρευνα, έχει υποστεί σεξουαλική βία (Κατσαούνη, 2012).

Τα αποτελέσματα αυτά είναι παρά πολύ σημαντικά και προκαλούν έντονο προβληματισμό καθώς είναι ήδη πολλά σε αριθμό και αρκεί να σκεφτεί κανείς ότι υπάρχουν πολλές περιπτώσεις ακόμα που δεν φανερώνονται από τα παιδιά. Στην ίδια έρευνα αποκαλύφθηκε ότι το 92% των δραστών είναι οι ίδιοι οι γονείς. «Επιπλέον, ένας στους τρεις Έλληνες δηλώνει ότι γνωρίζει περιστατικό κακοποίησης στο ευρύτερο περιβάλλον του, ωστόσο μόνον ένας στους 10 το κατήγγειλε στις αρμόδιες αρχές» όπως αναφέρει η Κατσαούνη (2012).

Σύμφωνα, πάλι, με τα στοιχεία της Εθνικής Τηλεφωνικής Γραμμής για τα Παιδιά SOS 1056, καταγράφηκαν συνολικά 369 καταγγελίες που αφορούσαν 711 περιστατικά κακοποίησης παιδιών ηλικίας από μηνών έως και 18 χρόνων. Σε ό,τι αφορά την ηλικία των θυμάτων, το 72% είναι ηλικίας μέχρι και 12 χρόνων. Σχετικά με το φύλο δεν προκύπτει ιδιαίτερη διαφοροποίηση: από τις 711 καταγγελίες που έγιναν, οι 301 αφορούσαν αγόρια, οι 306 κορίτσια ενώ σε 104 περιπτώσεις δεν προσδιορίστηκε το φύλο και η ηλικία (Κατσαούνη, 2012).

Οι μορφές της κακοποίησης που παρατηρήθηκαν είναι κατά 51% (364 παιδιά) σωματική κακοποίηση, κατά 41% (291 περιπτώσεις) παραμέληση/εγκατάλειψη, κατά 3% εξώθηση σε επαιτεία, ομοίως κατά 3% ψυχολογική και συναισθηματική κακοποίηση και κατά 2% σεξουαλική κακοποίηση (Κατσαούνη, 2012).

Οι γονείς που έχουν και οι ίδιοι δεχτεί κακοποίηση στην παιδική τους ηλικία είναι πολύ πιθανότερο να εκδηλώσουν σημάδια σωματικής ή ψυχολογικής κακοποίησης στα δικά τους παιδιά. Τα πρότυπα συμπεριφοράς παγιώνονται και η βία συχνά λειτουργεί ως τρόπος επίλυσης προβλημάτων ή επιβολής της τάξης. Μέσω της μίμησης και της ταύτισης αναπαράγονται συμπεριφορές και η επιθετικότητα μονιμοποιείται σαν στοιχείο του χαρακτήρα (Κουρκουτάς, 2011).



# **Α΄ ΜΕΡΟΣ: Η ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ**

## **1. ΤΑ ΕΙΔΗ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ**

Όπως ήδη προαναφέρθηκε η έννοια της κακοποίησης έχει πολλές πλευρές και παραμέτρους και για αυτό οι ειδικοί συνηθίζουν να την χωρίζουν σε κατηγορίες προκειμένου να διασαφηνιστεί και να αντιμετωπιστεί κάθε είδος αποτελεσματικά, αφού πρώτα εντοπιστεί. Η κατάταξη σε κατηγορίες κάνει τον εντοπισμό και την πρόληψη πιο εύκολη, άμεση και γρήγορη τακτική.

Τα βασικά, λοιπόν, είδη, στα οποία υποδιαιρείται η κακοποίηση είναι τα ακόλουθα ( Γιωτάκος, 2014).

Η σωματική κακοποίηση. Είναι η με κάθε τρόπο σωματική βλάβη στην ακεραιότητα του παιδιού και οποιαδήποτε κατάσταση ως αποτέλεσμα της μη τυχαίας δυσμενούς επίδρασης εξωτερικού παράγοντα ή στέρησης ενός παράγοντα απαραίτητου για τη ζωή. Συνήθως η μη τυχαία κάκωση προκαλείται από άτομο που έχει αναλάβει την προστασία και φροντίδα του παιδιού. Οι τραυματισμοί αυτοί μπορεί να είναι από απλούς μώλωπες και χτυπήματα έως κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις και αιματώματα που μπορεί να οδηγήσουν το παιδί ακόμα και στον θάνατο.

Συναισθηματική ή σεξουαλική κακοποίηση. Είναι επίσης, ένα περίπλοκο και πολυσύνθετο φαινόμενο. Το γεγονός αυτό προκύπτει από το ότι ο ψυχολογικός παράγοντας είναι πολύ δύσκολο να ερευνηθεί καθώς παρεμβαίνουν αρκετοί παράγοντες (κοινωνικοί, πολιτιστικοί και οικονομικοί). Η συναισθηματική κακοποίηση θα μπορούσε να θεωρηθεί ως η διάπραξη πράξεων από τους γονείς κυρίως που κάνουν κακό στο παιδί νοητικά και ψυχολογικά κάνοντας το να έχει μία αρνητική εικόνα για τον εαυτό του και χαμηλή αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση. Και στο είδος αυτό οι ειδικοί έχουν προσθέσει διάφορες υποκατηγορίες για την γρηγορότερη αντιμετώπιση του φαινομένου σύμφωνα με τον Γιωτάκο (2014).

Παραμέληση. Είναι το φαινόμενο, κατά το οποίο το παιδί στερείται από την οικογένειά του τα βασικά είδη διατροφής, ένδυσης, ιατρικής φροντίδας, στέγασης και

σχολικής φοίτησης σε σημείο μάλιστα να κινδυνεύει σοβαρά η σωματική του ακεραιότητα. Όταν το χρονικό διάστημα, κατά το οποίο η παραμέληση αυτή παρουσιάζεται τα αποτελέσματα για το παιδί είναι ιδιαίτερος κρίσιμα και επικίνδυνα (Γιωτάκος, 2014).

Συναισθηματική ή σεξουαλική κακοποίηση. Είναι επίσης, ένα περίπλοκο και πολυσύνθετο φαινόμενο. Το γεγονός αυτό προκύπτει από το ότι ο ψυχολογικός παράγοντας είναι πολύ δύσκολο να ερευνηθεί καθώς παρεμβαίνουν αρκετοί παράγοντες (κοινωνικοί, πολιτιστικοί και οικονομικοί). Η συναισθηματική κακοποίηση θα μπορούσε να θεωρηθεί ως η διάπραξη πράξεων από τους γονείς κυρίως που κάνουν κακό στο παιδί νοητικά και ψυχολογικά κάνοντας το να έχει μία αρνητική εικόνα για τον εαυτό του και χαμηλή αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση (Γιωτάκος, 2014).

Ως σεξουαλική κακοποίηση μπορεί να θεωρηθεί η συμμετοχή ή έκθεση του παιδιού σε σεξουαλικές πράξεις, δίχως τη θέλησή του, οι οποίες έχουν ως βασικό σκοπό την διέγερση και σεξουαλική ικανοποίηση ενός ενήλικα. Το φαινόμενο χαρακτηρίζεται από την μικρή ηλικία του παιδιού (πρέπει να είναι ανήλικο), την σχέση εξάρτησης που δημιουργείται ανάμεσα στον δράστη και το θύμα και την έλλειψη συνειδητής συναίνεσης του παιδιού. Είναι ένα κράμα σωματικής και ψυχολογικής κακοποίησης αφού το παιδί τραυματίζεται σωματικά αλλά και ψυχολογικά και μάλιστα ανεπανόρθωτα σε ορισμένες περιπτώσεις όπως υποστηρίζουν ο Schafer και οι συνεργάτες του (2011). Η σεξουαλική κακοποίηση μπορεί να λάβει διάφορες μορφές, όπως για παράδειγμα επίδειξη των γεννητικών οργάνων μπροστά στο παιδί σκόπιμα, αυνανισμός μπροστά στο παιδί ή με τη συμμετοχή του παιδιού, φιλία και αγκαλιές με ερωτικό τρόπο, άγγιγμα των γεννητικών οργάνων του παιδιού ή υποχρέωση του παιδιού να αγγίξει τα δικά του γεννητικά όργανα μπροστά στον δράστη ή του δράστη, προσπάθεια για τη διενέργεια ερωτικής πράξης με το παιδί και φυσικά ολοκλήρωση της ερωτικής πράξης σύμφωνα πάντα με τον Schafer και τους συνεργάτες του (2011).

Ο όρος «παιδοφιλία» χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1980 από την American psychiatric organization και σύμφωνα με τα κριτήρια που καθορίζει το DSM- III για να παρουσιάσει τα χαρακτηριστικά των παιδιών που δέχονται σεξουαλική κακοποίηση. Αργότερα τα κριτήρια αυτά δέχτηκαν κάποιες αλλαγές και συμπληρώσεις και παρουσιάστηκαν ολοκληρωμένα. Κατά συνέπεια τα διαγνωστικά κριτήρια σύμφωνα με το DSM- IV είναι τα παρακάτω: ( Σιμώνη- Λιόλιου, 2011)

- Τουλάχιστον για 6 μήνες συνεχόμενες, έντονες και σεξουαλικά διεγερτικές φαντασιώσεις και παρορμήσεις που έχουν ως στόχο ένα ανήλικο παιδί (και γενικά τα παιδιά) από την ηλικία των 13 ετών και κάτω.
- Οι φαντασιώσεις και οι παρορμήσεις αυτές να προκαλούν σημαντική και έντονη κοινωνική κλινικά ενόχληση στο παιδί ή βλάβη και ζημίες στον κοινωνικό και επαγγελματικό χώρο του δράστη
- Ο δράστης να είναι τουλάχιστον 16 ετών και 5 χρόνια μεγαλύτερος από το παιδί που υφίσταται την κακοποίηση

Ο σχολικός εκφοβισμός είναι μία σχετικά νέα μορφή παιδικής κακοποίησης, η οποία αν και πάντα συνέβαινε, τα τελευταία χρόνια έχει λάβει την προσοχή και το ενδιαφέρον που αξίζουν στα παιδιά. Πρόκειται για μία επαναλαμβανόμενη και άκρως επιθετική συμπεριφορά από κάποιον ή κάποιους ισχυρότερους έναντι κάποιου αδύναμου και ανίσχυρου να αμυνθεί ( Σιμώνη- Λιόλιου , 2011).

Το σύνδρομο ανατάραξης μωρού προκύπτει από βίαιο ταρακούνημα του βρέφους και μπορεί να οδηγήσει σε τραυματισμούς στην κεφαλή ή τον τράχηλο. Συχνά αναφέρονται και θάνατοι από την πρόκληση αιμορραγίας ή εγκεφαλικό οίδημα όπως αναφέρει η Hogan (2012). Τέλος, υπάρχει και το σύνδρομο Μινχάουζεν δί'αντιπροσώπου κατά το οποίο ο φροντιστής του παιδιού αναφέρει σωματικά ή ψυχολογικά προβλήματα του παιδιού για να αντλήσει προσωπική ικανοποίηση πάντα σύμφωνα με την Hogan (2012).

## **2.ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ**

Αναφορικά με τα αίτια που μπορεί να οδηγήσουν έναν άνθρωπο στην άσκηση μίας βίαιης συμπεριφοράς ειδικά σε ένα μικρό παιδί που συχνά είναι και δικό του δεν υπάρχει μία συγκεκριμένη θεωρία αλλά είναι πιθανό να εμπλέκονται πολλοί παράγοντες.

Η πρώτη θεωρία είναι η νευροβιολογική κατά την οποία η επιθετικότητα είναι κληρονομική και ρυθμίζεται με διάφορες ορμόνες όπως η τεστοστερόνη. Αν η ορμόνη αυτή είναι σε υψηλά επίπεδα, τότε η επιθετικότητα είναι μεγαλύτερη. Άλλη ορμόνη που εμπλέκεται στο ζήτημα της επιθετικότητας είναι η σεροτονίνη και η ισοροπία των νευροδιαβιβαστών διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο (Hogan, 2012).

Άλλη μία θεωρία για την εμφάνιση της βίας είναι σύμφωνα πάντα με την Hogan (2012) η θεωρία της κοινωνικής μάθησης. Η βία είναι μία συμπεριφορά που μαθαίνεται μέσα από την παρατήρηση, την εμπειρία και τα πρότυπα που μιμείται κάποιος από το οικογενειακό αλλά και το ευρύτερο περιβάλλον του. Όταν οι γονείς προωθούν τη βία και είναι ανεπαρκείς να χειριστούν δύσκολες καταστάσεις με άλλον τρόπο η συμπεριφορά της βίας παγιώνεται στο μυαλό του ανθρώπου και την εφαρμόζει με τη σειρά του αργότερα. Με βάση τον Feldman (2011) η θεωρία αυτή συνδυάζεται με την θεωρία του φαύλου κύκλου της βίας κατά την οποία η σωματική βία και η ψυχολογική κακοποίηση που δέχεται κάποιος ως παιδί αποτελεί μία ολοκληρωμένη και αποτελεσματική μέθοδος πειθαρχίας και επιβολής της τάξης. Κατά συνέπεια η βία διαιώνίζεται από τη μία γενιά στην άλλη και το πρόβλημα ανακυκλώνεται.

Οι ψυχολογικές θεωρίες ή αλλιώς διαπροσωπικές θεωρίες δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στην προσωπικότητα του δράστη μίας σωματικής ή ψυχολογικής βίαιης συμπεριφοράς. Κατά την θεωρία αυτή ο δράστης μπορεί να πάσχει από κάποια ψυχική νόσο (διαταραχή προσωπικότητας) ή να μην είναι σε θέση να ελέγξει το θυμό και την οργή του. Επίσης, να χαρακτηρίζεται από χαμηλή αυτοεκτίμηση και να έχει εγκαταλειφθεί από την οικογένεια σε μικρή ηλικία οπότε να είναι φοβερά ανασφαλής και κτητικός (Hogan, 2012).

Τέλος, υπάρχει και η κοινωνική θεωρία η οποία σύμφωνα με την Hogan (2012) διάφοροι κοινωνικοί παράγοντες είναι δυνατό να ενεργοποιήσουν τα βίαια ένστικτα. Οι παράγοντες αυτοί είναι η ανεργία, η φτώχεια, η εγκληματικότητα και η κοινωνική απομόνωση του ατόμου.

### **3.ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ**

Τα βασικά ευρήματα, τα οποία υποδηλώνουν σωματική κακοποίηση σύμφωνα με τους Lissauer, Crayden, Roberts, Foster & Coren (2012) του παιδιού είναι:

1. Κακώσεις στο δέρμα και το στόμα (μελανιές, εκδορές, κοψίματα και αποτυπώματα δαχτύλων). Οι μώλωπες είναι ο συνηθέστερος τρόπος εκδήλωσης της παιδικής κακοποίησης.
2. Ξηρά ή υγρά εγκαύματα που έχουν προκληθεί από τσιγάρο, νερό ή και οικιακές συσκευές. Είναι πολύ δύσκολο να γίνει διάκριση των εγκαυμάτων

της επιθετικής συμπεριφοράς από αυτά που οφείλονται σε ατύχημα αλλά το έγκλημα στη ράχη για παράδειγμα δεν είναι δυνατό να οφείλεται σε ατύχημα. Το σχήμα του εγκαύματος πολλές φορές δίνει και την αιτία που το προκάλεσε.

3. Βλάβες στα οστά και τις κλειδώσεις.
4. Κακώσεις στα μάτια και το κεφάλι ειδικά στα βρέφη.
5. Εσωτερική αιμορραγία.
6. Δηλητηρίαση
7. Σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου
8. Τραύματα στην κεφαλή ή την κοιλιακή χώρα ειδικά μετά τη βίαιη ανατάραξη ενός βρέφους. Συχνά υπάρχουν και τραυματισμοί του αμφιβληστροειδούς. Τα τραύματα στην κοιλιά ή τη σπλήνα και το ήπαρ είναι δύσκολο να διαγνωστούν και απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή.
9. Κατάγματα που διακρίνονται ανάλογα με την ηλικία, την κινητικότητα και την ανάπτυξη του παιδιού.

Τα παιδιά που είναι παραμελημένα παρουσιάζουν διαφορετική κλινική εικόνα από αυτά που υφίστανται σωματική κακοποίηση. Σύμφωνα με τον Lissauer και τους συνεργάτες του (2012) τα παιδιά αυτά είναι υποσιτισμένα και δεν τηρούν τους κανόνες υγιεινής ενώ δεν αναπτύσσονται συναισθηματική και αποφεύγουν την στενή επαφή με τους γονείς τους. Παράλληλα, εμφανίζουν καθυστέρηση στην ανάπτυξη της ομιλίας τους καθώς και στη ψυχοκινητική ανάπτυξη της ομιλίας και του λόγου τους.

Η συναισθηματική κακοποίηση όπως τονίζουν ο Lissauer και οι συνεργάτες του (2012) αποκαλύπτεται με συναισθηματική απόσυρση του παιδιού, κακόβουλες κριτικές και αγένεια αλλά και παράλληλη επιθετική συμπεριφορά. Τα παιδιά που υφίστανται συναισθηματική κακοποίηση έχουν πολύ χαμηλή αυτοπεποίθηση, παρουσιάζουν διαταραχές συμπεριφοράς ή ψευδο- ώριμη συμπεριφορά.

#### **4.ΔΙΑΓΝΩΣΗ – ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

Η διάγνωση της παιδικής κακοποίησης συχνά είναι δύσκολη καθώς τα σημάδια της δεν διαφοροποιούνται εύκολα από ένα ατύχημα ή μπορεί να είναι μεμονωμένα και να μην έχουν συμβεί σκόπιμα περιστατικά βίας. Από την άλλη πλευρά στην περίπτωση που οι ψευδείς ισχυρισμοί για σεξουαλική κακοποίηση

στρέφονται προς κάποιον από τους δύο γονείς ή και τους δύο, τότε το παιδί μπορεί να ενεργεί με τέτοιο τρόπο για να εκδικηθεί τους γονείς του για την τυχόν αδιαφορία και παραμέλησή τους απέναντί του και να θέλει πάση θυσία να στρέψει ξανά όλη τους την προσοχή πάνω του. Σύμφωνα με τους Aronson και Plummer (2010) ο οποίος έχει προς το παρόν μόνο ενδείξεις, τα παιδιά καταφεύγουν στους ψευδείς ισχυρισμούς τέτοιου τύπου, όταν ένα νέο μέλος προστίθεται στην οικογένεια και νιώθουν ότι χάνουν τα πρωτεία και την απεριόριστη φροντίδα και προσοχή που απολάμβαναν έως τότε από τους γονείς και τους συγγενείς.

Μία άλλη δυσκολία είναι πως σπάνια τα αρχικά τραύματα μίας κακοποίησης είναι πολύ σοβαρά οπότε δυσχεραίνει το έργο της εκτίμησης και της αξιολόγησης και το παιδί μπορεί να τεθεί σε θανάσιμο κίνδυνο. Ένα παιδί που έχει υποστεί κακοποίηση είναι πιθανό να μην υποστεί ξανά και η βίαιη συμπεριφορά να στραφεί προς κάποιο άλλο μέλος της οικογένειας προκειμένου να μην εγερθούν υποψίες για τον δράστη. Σύμφωνα με τον Lissauer και τους συνεργάτες του (2012) ο δράστης πάσχει από μία διαταραχή συμπεριφοράς η οποία έχει ως πηγή το οικογενειακό του υπόβαθρο ενώ οι παράγοντες που καθιστούν ένα παιδί εύκολο στόχο για περιστατικά βίας είναι μία τυχόν αναπηρία του, το χαμηλό βάρος κατά την γέννησή του, η ηλικία του και η «απαιτητική» προσωπικότητα του, αν κάνει φασαρία ή ενοχλεί τον δράστη.

Τα τραύματα που προέρχονται από τραυματισμό πρέπει να διακρίνονται από αυτά που φανερώνουν σωματική κακοποίηση. Η λήψη πλήρους ιστορικού σύμφωνα με Lissauer και τους συνεργάτες του (2012) μπορεί να βοηθήσει στην διαφορική διάγνωση όπως και η ενδελεχής και αντικειμενική εξέταση του παιδιού αλλά και του περιβάλλοντος στο οποίο μεγαλώνει. Μεγάλη σημασία απαιτείται να δίνεται σε ιστορικά που δεν σχετίζονται με τον τραυματισμό, στην καθυστέρηση αναφοράς του τραυματισμού, στην αντίδραση των γονέων (αν είναι απόμακροι και αδιάφοροι ή υπερβολικά ανήσυχοι και δραματικοί) και σε τραύματα που δεν συνάδουν με την ανάπτυξη του παιδιού. Πάντα ο Lissauer και οι συνεργάτες του (2012) τονίζουν πως τα επαναλαμβανόμενα και υποτροπιάζοντα τραύματα αποτελούν χαρακτηριστικό σημάδι κακοποίησης.

Για να είναι πιο πετυχημένη η διαφορική διάγνωση είναι χρήσιμο να εξεταστούν ξεχωριστά τα σημάδια της κακοποίησης και να διακριθούν από τα αντίστοιχα ενός ατυχήματος. Οι μώλωπες, αρχικά, είναι σημάδι ατυχήματος όταν το παιδί μαθαίνει να μπουσουλάει ή να περπατάει αλλά δεν είναι όταν το παιδί βρίσκεται στην βρεφική ηλικία. Ο Lissauer και οι συνεργάτες του (2012)

ισχυρίζονται πως οι μώλωπες στην ράχη, το πρόσωπο και τους γλουτούς δεν αποδεικνύουν ατύχημα ενώ μώλωπες στον κορμό σηματοδοτούν ισχυρό τραύμα. Επίσης, τονίζουν πως μώλωπες γύρω από το στόμα φανερώνουν την προσπάθεια κάποιου να κάνει το παιδί να σταματήσει να κλαίει ή να φωνάζει. Αν οι μώλωπες έχουν συγκεκριμένο σχήμα τότε είναι εφικτό να ανιχνευθεί και το αντικείμενο που ίσως χρησιμοποιήθηκε στην κακοποίηση.

Τα τραύματα της κεφαλής μπορεί να οφείλονται σε βίαια τραντάγματα αλλά και σε χτύπημα του παιδιού στο κεφάλι του κρεβατιού από ατύχημα. Όταν παρατηρείται βλάβη στον αμφιβληστροειδή τότε μπορεί να υπάρχει η υποψία ατυχήματος. Ο Lissauer και οι συνεργάτες του (2012) τονίζουν πως τα βασικά κλινικά στοιχεία είναι: φτωχή σίτιση, αυξημένη περίμετρος της κεφαλής, σπασμοί, πληγές που είναι σε εμφανές σημείο. Τα άμεσα χτυπήματα δεν είναι ενδεικτικά σωματικής κακοποίησης καθώς είναι δυνατό να συνυπάρχουν και μώλωπες ή ένα υποκειμενικό κάταγμα κρανίου. Το ίδιο δυσδιάκριτα είναι και τα τραύματα που παρατηρούνται στη σπλήνα ή το ήπαρ.

Τα εγκαύματα που είναι συνήθως σημάδι ατυχήματος είναι δύσκολο να διαφοροδιαγνωστεί από τα ζεματίσματα που προκαλούνται σκόπιμα. Ο Lissauer και οι συνεργάτες του (2012) τονίζουν πως τα εγκαύματα από ζεστό νερό που οφείλονται σε ατυχήματα είναι ασύμμετρα και, επιπλέον, τα ζεματίσματα στη ράχη αποτελούν σημάδι κακοποίησης. Το σχήμα του εγκαύματος μπορεί να οδηγήσει και στο αντικείμενο που ίσως χρησιμοποιήθηκε στην κακοποίηση.

Τα κατάγματα ταξινομούνται σε διάφορες κατηγορίες ανάλογα με την πιθανότητα να έχουν προκληθεί από ατύχημα ή τραύμα. Στα βρέφη το κάταγμα μπορεί να είναι πολύ έντονο και σημαντικό είναι να υπάρχει λήψη πλήρους ιστορικού ενώ πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και η ηλικία του παιδιού, η κινητικότητα και η ανάπτυξη του όπως λένε και ο Lissauer και οι συνεργάτες του (2012). Στα παιδιά που μπορούν να μετακινηθούν μόνα τους τα περισσότερα κατάγματα των μακρών οστών οφείλονται σε ατυχήματα.

Όσον αφορά τις δηλητηριάσεις που δεν οφείλονται σε ατυχήματα και μπορεί να οφείλονται σε γονική παρέμβαση τα περίεργα συμπτώματα που μπορεί να εμφανίσουν τα παιδιά όπως λένε και ο Lissauer και οι συνεργάτες του (2012) είναι ο υπεραερισμός μετά τη λήψη ασπιρίνης ή ανεξήγητη υπνηλία μετά τη λήψη υπνωτικών, αλκοόλ ή ηρεμιστικών. Η διάγνωση είναι πολύ δύσκολη αλλά η ανάλυση αίματος και ούρων μπορεί να δείξει την ύπαρξη δηλητηριάσεων.

## 5.ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Τα σωματικά και ψυχολογικά τραύματα που δέχονται ως επίπτωση της κακοποίησης τα παιδιά είναι λογικά και αναμενόμενα. Η βασική, όμως, συνέπεια είναι το υπερβολικό άγχος και το στρες που βιώνουν τα παιδιά αυτά. Υπάρχουν διάφορες διακυμάνσεις και βαθμοί σχετικά με το άγχος αυτό με βάση κάποιες παραμέτρους, όπως είναι οι εξής ( Feldman, 2011)

- Ο τύπος κακοποίησης. Το άγχος είναι πιο έντονο αν ο δράστης είναι μέλος της οικογένειας ή η πράξη είναι ιδιαίτερα βίαιη προς το παιδί
- Η διάρκεια της κακοποίησης. Όσο μεγαλύτερο χρονικό διάστημα κακοποιείται το παιδί τόσο περισσότερο εντείνεται το άγχος και ο φόβος του
- Η έκταση της κακοποίησης, για παράδειγμα η διείσδυση μέσα στο παιδί είναι πιο τραυματική εμπειρία από τις θωπείες
- Η ηλικία, στην οποία βρίσκεται το παιδί όταν ξεκινά η κακοποίηση. Δεν είναι ακόμα και σήμερα πλήρως τεκμηριωμένο επιστημονικά αν είναι πιο έντονη η ψυχολογική κακοποίηση όταν είναι μικρό ή μεγαλύτερο και έχει πλήρη συνείδηση της πίεσης που υφίσταται.

Με βεβαιότητα μπορεί να ειπωθεί ότι οι τραυματικές αυτές εμπειρίες στιγματίζουν το παιδί ανεξίτηλα και δημιουργούν μεγάλα προβλήματα στην εξέλιξη της προσωπικότητας και του χαρακτήρα του. Ειδικά, αν το παιδί δέχεται κακοποίηση από τους γονείς του είναι πολύ πιθανό να θεωρήσει πολύ φυσιολογική τη συμπεριφορά τους και να την αναπαράγει στο μέλλον στη δική του οικογένεια. Δεν είναι τυχαίο το γεγονός ότι πολλοί δράστες κακοποίησης ήταν στην παιδική τους ηλικία και οι ίδιοι θύματα σεξουαλικής κακοποίησης. Είναι πιθανότερο σύμφωνα με την Hogan (2012) να εμφανίσουν γνωστικά προβλήματα ή να προβού ακόμα και σε δολοφονίες κατά την εφηβική η ώριμη ηλικία τους.

## 6.ΠΡΟΛΗΨΗ

Διεθνώς προκύπτει ένα πολύ μεγάλο πρόβλημα για την προστασία και την ασφάλεια των παιδιών και αυτό είναι η σύγκρουση των συνταγματικών δικαιωμάτων



των πολιτών. Ειδικά στην περίπτωση του διαδικτύου το δικαίωμα της ελεύθερης ομιλίας και έκφρασης καθώς και το δικαίωμα στη μυστικότητα πολλές φορές εμποδίζουν τις αρχές να κάνουν το καθήκον τους.

Το σημαντικότερο κείμενο για τα Δικαιώματα του Παιδιού είναι η Διεθνής Σύμβαση Για Τα Δικαιώματα Του Παιδιού Του ΟΗΕ. Η Σύμβαση αυτή, που υπογράφηκε το 1989 από τα κράτη-μέλη του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών, ρυθμίζει τις υποχρεώσεις των κρατών για την προστασία και προαγωγή των δικαιωμάτων του παιδιού. Το 1992 κατοχυρώθηκε και στην Ελλάδα ως νόμος (νόμος 2101/92) ( Κατσαούνη, 2012).

Τα σημεία του νόμου, τα οποία αναφέρονται ρητά και κατηγορηματικά στην προστασία του παιδιού από την κακοποίηση κάθε είδους και κυρίως την σεξουαλική κακοποίηση είναι τα ακόλουθα σύμφωνα με την Elvaney και τους συνεργάτες της (2012).

Τα παιδιά έχουν δικαίωμα προστασίας από κάθε μορφής κακομεταχείριση: βία, παραμέληση, κακοποίηση (σωματική, λεκτική, ψυχολογική, σεξουαλική) και εκμετάλλευση, μέσα και έξω από την οικογένεια.

- Όταν η οικογένεια δεν μπορεί να φροντίσει ένα παιδί, τότε η Πολιτεία αναλαμβάνει τη φροντίδα του με θεσμούς όπως η υιοθεσία, η φιλοξενία σε ανάδοχη οικογένεια ή σε ίδρυμα, που πρέπει να σέβονται πλήρως τα δικαιώματά του.
- Τα παιδιά έχουν δικαίωμα στην ιατρική περίθαλψη και φροντίδα, τους εμβολιασμούς, τη νοσηλεία.
- Τα παιδιά πρέπει να προστατεύονται από κάθε μορφής οικονομική εκμετάλλευση (επαιτεία, εκπόρνευση, πορνογραφία, δουλεμπόριο, κ.λπ.) Έχουν όμως δικαίωμα στην εργασία με ασφάλιση και υπό προϋποθέσεις, ανάλογα με την ηλικία, το είδος εργασίας, το ωράριο και άλλα στοιχεία.

Το άρθρο του ισχύοντος Ποινικού Κώδικα ορίζει για τη σωματική βλάβη ανήλικων: «αν δεν συντρέχει περίπτωση βαρύτερης αξιόποινης πράξης, τιμωρείται τουλάχιστον με φυλάκιση τριών μηνών ( Κατσαούνη, 2012)

α) όποιος με συνεχή σκληρή συμπεριφορά προξενεί σωματική κάκωση ή βλάβη της υγείας σε πρόσωπο που δεν συμπλήρωσε ακόμα το δέκατο έβδομο έτος της ηλικίας του ή που δεν μπορεί να υπερασπίσει τον εαυτό του κι ο δράστης το έχει στην επιμέλεια ή στην προστασία του ή ανήκει στο σπίτι του δράστη ή έχει μαζί του

σχέση εργασίας ή υπηρεσίας ή που του το έχει αφήσει στην εξουσία του ο υπόχρεος για την επιμέλειά του.

β) όποιος με κακόβουλη παραμέληση των υποχρεώσεών του προς τα παραπάνω πρόσωπα γίνεται αιτία να πάθουν σωματική κάκωση ή βλάβη της υγείας τους.

Από την άλλη, η Κατσαούνη (2012) αναφέρει πως το άρθρο 312 του Ποινικού Κώδικα δεν καλύπτει τις μεμονωμένες σωματικές βλάβες που γίνονται στους ανήλικους στα πλαίσια των παραπάνω σχέσεων, καθώς και τις σωματικές βλάβες που επιφέρονται σε ανήλικους από ενήλικες που δεν συνδέονται προς αυτά με τις παραπάνω σχέσεις. Τα άρθρα 339, 342, 347 προβλέπουν και τιμωρούν, αντίστοιχα, την αποπλάνηση, την κατάχρηση ανηλίκων σε ασέλγεια και την ασέλγεια παρά φύση, προστατεύοντας τους ανήλικους από την σεξουαλική κακοποίηση, όχι, όμως, ικανοποιητικά γιατί οι διατάξεις δεν έχουν ως προσβαλλόμενο έννομο αγαθό την «αγνότητα της παιδικής ηλικίας» και δεν υπάρχουν ειδικές δικονομικές διατάξεις που να προβλέπουν ειδική διαδικασία για την διεξαγωγή ανάκρισης και την εκδίκαση τέτοιων υποθέσεων, καθώς και την λήψη προνομιακών μέτρων για τα σεξουαλικά κακοποιημένα παιδιά.

Στο οικογενειακό δίκαιο, προβλέπονται δυο περιπτώσεις αφαίρεσης της γονικής μέριμνας ( Κατσαούνη, 2012)

A) Σύμφωνα με τη διάταξη του άρθρου 1538 του Αστικού Κώδικα, ο γονιός εκπίπτει από τη γονική φροντίδα, αν καταδικαστεί τελεσίδικα σε ποινή φυλάκισης τουλάχιστον ένα μήνα για αδίκημα που διέπραξε με δόλο κατά της ζωής, της υγείας και των ηθών του παιδιού του.

B) Σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 1532 και 1533 του Αστικού Κώδικα, η γονική μέριμνα αφαιρείται όταν υπάρχει άσκηση της ή καταχρηστική άσκηση της ή όταν υπάρχει ανικανότητα ή ακαταλληλότητα του γονιού. Την αφαίρεση της γονικής μέριμνας και επιμέλειας έχει το δικαίωμα να ζητήσει από το δικαστήριο ο άλλος γονιός, κάποιος από τους πλησιέστερους συγγενείς ή ο εισαγγελέας.

Δυστυχώς, στην Ελλάδα δεν υπάρχει ακόμα ένα οργανωμένο σύστημα προστασίας του παιδιού από την σεξουαλική κακοποίηση και η απουσία μίας κοινωνικής υπηρεσίας, η οποία να λειτουργεί ικανοποιητικά και επαρκώς γίνεται αισθητή καθημερινά. Είναι, επίσης, τραγικό να διενεργείται η συνέντευξη του παιδιού που έχει υποστεί κακοποίηση σε δημόσιο χώρο γιατί δεν θα μπορέσει εύκολα να αποκαλύψει την αλήθεια και το όλο θέμα θα αποσιωπηθεί.

Τέλος, απαιτείται να εισαχθεί και στην Ελλάδα ο θεσμός του Οικογενειακού ή Επιτροπικού δικαστή ώστε να γίνει πιο άμεση και επαρκής η εφαρμογή του νόμου στις περιπτώσεις παιδικής κακοποίησης. Ο ρόλος του συγκεκριμένου δικαστή αφορά τη δυνατότητα γρήγορης και ικανοποιητικής επέμβασης στο χώρο της πολιτικής δικαιοσύνης έχοντας ως βασικό κριτήριο το συμφέρον του παιδιού και γνώμονα την ύπαρξη ηθικού ή κοινωνικού κινδύνου ή κινδύνου ζωής και υγείας (Πανταζής, 2009).

## **7.ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Η οικογένεια θα πρέπει να είναι πολύ προσεκτική απέναντι στα συμπτώματα και τις ενδείξεις κακοποίησης που μπορεί να παρουσιάζουν τα παιδιά τους. Οφείλουν να ενημερώνονται από τους ειδικούς για τις ενδείξεις κακοποίησης και να λαμβάνουν τα μέτρα τους όταν υποπίπτει στην αντίληψή τους μία τέτοια ένδειξη.

Ειδικά, όταν το παιδί γίνεται θύμα κακοποίησης μέσα στην οικογένεια από τον πατέρα, η μητέρα είναι εκείνη που θα κλιθεί να αναλάβει τη σωτηρία και λύτρωση του παιδιού από την κατάσταση αυτή. Θα πρέπει να απευθυνθεί αμέσως σε ειδικούς, οι οποίοι θα την κατευθύνουν και θα την συμβουλέψουν για τις περαιτέρω κινήσεις της και θα της προσφέρουν στήριγμα και συμπαράσταση ώστε να αντιμετωπίσει τον σύζυγό της και να ξεκινήσει μία νέα ζωή μαζί με το παιδί της μακριά. Το πρώτο βήμα, όμως, είναι να βρει το θάρρος και το κουράγιο και να παραδεχτεί την κατάσταση για να μπει ένα τέλος στην κακοποίηση του παιδιού, το οποίο έφερε στον κόσμο για να προστατεύει.

Φυσικά για μπορέσει η μητέρα να ενεργήσει ως είθισται και επιβάλλεται πρέπει να αισθανθεί ασφάλεια από το κράτος και τις αρμόδιες αρχές. Πρέπει να είναι σε θέση να βρει έναν χώρο να φιλοξενηθεί, μία καλή εργασία ώστε να μεγαλώσει τα παιδιά της και τη σιγουριά πως δεν θα αντιμετωπίσει αντίποινα από τον σύζυγό της. Είναι απαραίτητο να υπάρξει αναγνώριση από τις αρμόδιες αρχές ότι η άσκηση βίας στην οικογένεια αποτελεί καταπάτηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των θυμάτων και ότι η προστασία τους είναι ευθύνη του κράτους καθώς, επίσης, και ότι είναι ένα ζήτημα δημόσιας υγείας και επομένως, η πρόληψη της ενδοοικογενειακής βίας και κακοποίησης είναι ένα θέμα που χρήζει μεγάλη προσοχή και φροντίδα

Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η ενημέρωση που μπορούν να προσφέρουν οι γονείς στα παιδιά τους σχετικά με την κακοποίηση που μπορεί να υποστούν στη ζωή

τους (εκτός οικογενείας). Τα βασικά σημεία που πρέπει οπωσδήποτε να μάθουν στα παιδιά τους είναι τα παρακάτω (Μπελαδάκης, 2008)

- Όταν το παιδί περάσει την ηλικία των 3 ετών πρέπει να μάθει να αναγνωρίζει τα σημεία του σώματός του και την ονομασία τους
- Να μην αφήνουν ποτέ το παιδί μόνο του με άτομα που δεν εμπιστεύονται πλήρως και για μεγάλο χρονικό διάστημα. Συνήθως, το πρόβλημα αυτό προκύπτει, όταν οι γονείς εργάζονται και είναι αναγκασμένοι να λείπουν πολλές ώρες από το σπίτι.
- Οι σχέσεις στην οικογένεια πρέπει να διερευνώνται από τους γονείς και να εξετάζεται η σχέση ανάμεσα στους παππούδες και τις γιαγιάδες με τα παιδιά ή με άτομα του ευρύτερου συγγενικού και φιλικού περιβάλλοντος.
- Να λαμβάνουν οι γονείς σοβαρά κάθε αναφορά του παιδιού ακόμα και όταν τη θεωρούν ανυπόστατη και ψευδή, ακόμα και όταν ενέχει το στοιχείο της υπερβολής. Τα παιδιά δεν έχουν ακόμα την γλωσσική ευχέρεια να εκφράζονται σωστά και με σαφήνεια και επομένως, συχνά μπορεί να μπερδεύονται και να αφήνουν κενά στις αφηγήσεις τους ή να παρουσιάζουν τα πράγματα με τον δικό τους τρόπο.
- Να είναι πάντα σε εγρήγορση και επιφυλακή και να μην αδιαφορούν για το παιδί διότι μετά θα είναι πολύ αργά και οι επιπτώσεις στο παιδί θα είναι πια ανεπανόρθωτες

Ο ρόλος του σχολικού περιβάλλοντος είναι εξίσου σημαντικός για την καταπολέμηση της παιδικής κακοποίησης. Αν υποπέσει στην αντίληψή του των δασκάλων ή νηπιαγωγών ότι ένα παιδί κακοποιείται θα πρέπει να μιλήσουν με το παιδί και έχοντας τις κατάλληλες γνώσεις να το βοηθήσουν να μιλήσει ανοιχτά και να αποκαλύψει την αλήθεια. Αυτό, φυσικά, προϋποθέτει ότι οι δάσκαλοι λαμβάνουν την απαραίτητη εκπαίδευση προκειμένου να είναι σε θέση να καταλαβαίνουν έγκαιρα τα σημάδια κακοποίησης και βίας ακόμα και όταν δεν είναι εμφανή μέσα από την εξωλεκτική συμπεριφορά του παιδιού σύμφωνα με τον Μπελαδάκη (2008). Σε κάθε σχολείο πρέπει να υπάρχει ένας ειδικός παιδοψυχολόγος που να προσέχει τη συμπεριφορά των παιδιών, να διακρίνει τα σημάδια της κακοποίησης και να εφιστά την προσοχή σε γονείς και εκπαιδευτικούς. Αν η κακοποίηση επαληθευτεί, τότε είναι η ώρα να αναλάβουν δράση οι αρμόδιες υπηρεσίες, όπως η εισαγγελία, η αστυνομία και η κοινωνική πρόνοια.

## **B' ΜΕΡΟΣ: Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

### **1.ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ**

Σύμφωνα με την Dewit (2013) τα στάδια της νοσηκευτικής διεργασίας σε κάθε κλινική περίπτωση είναι 5: η εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς (δηλαδή η συλλογή δεδομένων), η νοσηλευτική διάγνωση, ο σχεδιασμός, η εφαρμογή του και η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων. Οι βασικοί στόχοι της διεργασίας είναι να διερευνηθεί πλήρως η κατάσταση του ασθενούς, να προσδιοριστούν τα πραγματικά προβλήματα ή τα προβλήματα που δύναται να προκύψουν, να καθοριστούν τα βήματα που πρέπει να ακολουθηθούν για την βελτίωση της υγείας του ασθενούς ή την θεραπεία του και τέλος, να αξιολογηθεί γενικότερα η κατάσταση και η περαιτέρω πορεία.

Η Dewit (2013) αναφέρει πως πως το βασικότερο βήμα είναι η συλλογή των δεδομένων προκειμένου να καθοριστεί η σοβαρότητα της κατάστασης και να χαρακτηί η ορθή πορεία αντιμετώπισης του προβλήματος. Οι πληροφορίες αναζητούνται συστηματικά και οργανώνονται σε μία λογική βάση δεδομένων καθώς καταγράφονται. Ο πτυχιούχος- διπλωματούχος νοσηλευτής ορίζεται ως ο υπεύθυνος για τη συλλογή των δεδομένων ενώ παράλληλα μπορούν να προσφέρουν βοήθεια και οι πρακτικοί νοσηλευτές που κατέχουν πιστοποίηση.

Υπάρχουν πολλές μέθοδοι για την συλλογή των αναγκαίων πληροφοριών σύμφωνα με την Dewit (2013). Αρχικά, οι πληροφορίες που συγκεντρώνονται αφορούν τους 11 βασικούς τομείς της υγείας και στη συνέχεια γίνεται μία ανασκόπηση προκειμένου να εντοπιστούν τυχόν προβλήματα σε έναν ή περισσότερους τομείς. Μία δεύτερη μέθοδος είναι η έναρξη από τους τομείς όπου παρατηρείται το πρόβλημα και διερευνώνται οι αιτίες του προβλήματος. Τέλος, η εκτίμηση της ιεράρχησης βάσει των βασικών αναγκών του Maslow αρκεί να είναι πλήρης και αντικειμενική.

Η λήψη του ιστορικού του ασθενούς είναι σημαντική για όλες τις περιπτώσεις και φυσικά και για την διάγνωση της παιδικής κακοποίησης. Η λήψη όλων των πληροφοριών βοηθά να συγκροτηθεί μία κλινική εικόνα και να διασαφηνιστεί η κατάσταση του παιδιού. Οι συνεχόμενες επισκέψεις ενός παιδιού στο νοσοκομείο και μάλιστα με τραύματα που δεν δύνανται να αφορούνν ατύχημα είναι σαφές σημάδι

παιδικής κακοποίησης. Η Dewit (2013) αναφέρει πως η λήψη του ιστορικού πρέπει να συνοδεύεται από επαφή με την οικογένεια για πιο σαφή και αντικειμενικά αποτελέσματα. Οι πληροφορίες αυτές ονομάζονται «υποκειμενικά στοιχεία». Αντίθετα, οι πληροφορίες που λαμβάνονται κατά την εξέταση του ασθενούς ονομάζονται «αντικειμενικά στοιχεία». Ο συνδυασμός τους βοηθά τον νοσηλευτή να σχηματίσει μία ολοκληρωμένη εικόνα για την κατάσταση του ασθενούς και ειδικότερα του παιδιού.

Σύμφωνα με την Dewit (2013) τα στάδια λήψης ιστορικού είναι 3: 1. Η εισαγωγή, κατά την οποία δημιουργείται μία επικοινωνία ασθενούς- νοσηλευτή, 2. το κυρίως μέρος, κατά το οποίο γίνονται ερωτήσεις στον ασθενή, 3. Το τελευταίο μέρος κατά το οποίο αξιολογούνται οι απαντήσεις. Η εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς δεν ολοκληρώνεται με τη λήψη ιστορικού αλλά είναι μία συνεχής διαδικασία για όσο διάστημα νοσηλεύεται ο ασθενής.

## **2.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

Οι νοσηλευτές συχνά καλούνται να διαγνώσουν την κακοποίηση ενός παιδιού σωματικά ή ψυχολογικά ή ακόμα και να κάνουν διάγνωση μίας σεξουαλικής κακοποίησης. Όπως τονίζουν ο Kneisl και οι συνεργάτες του (2009) το σύνδρομο μετά την σεξουαλική επίθεση μπορεί να συνοδεύεται από πόνους και έντονα σημάδια στο σώμα ή από μία σιωπηλή και απόμακρη στάση. Επίσης, είναι σημαντικό να εκτιμούν και να κάνουν τις κατάλληλες παρεμβάσεις σχετικά με όλες τις συνέπειες της κακοποίησης

Η βρεφική ηλικία είναι που απαιτεί κυρίως τη συμμετοχή του νοσηλευτικού προσωπικού σύμφωνα με τη συγγραφική ομάδα ΔΕΠ- ΕΠ (2015) καθώς γνωρίζει το μικρό ασθενή και την οικογένεια ενώ υποστηρίζει περισσότερο τη μητέρα η οποία είναι αναγκαίο να αισθάνεται εμπιστοσύνη και οικειότητα στο χώρο του νοσοκομείου προκειμένου να προστατευτεί καλύτερα το βρέφος.

Η νοσηλευτική διάγνωση σύμφωνα με την Dewit (2013) υποδεικνύει την πραγματική κατάσταση του παιδιού και τον κίνδυνο που ίσως διατρέχει καθώς και τους αιτιολογικούς ή σχετιζόμενους παράγοντες. Για να υλοποιηθεί μία ολοκληρωμένη διάγνωση οι νοσηλευτές οφείλουν να γνωρίζουν με κάθε λεπτομέρεια

τις ενδείξεις κακοποίησης και να μπορούν να αντιληφθούν την αλήθεια πίσω από τα λεγόμενα των γονέων ή άλλων προσώπων.

Ένα σημαντικό στοιχείο σχετικά με την ανίχνευση της παιδικής κακοποίησης είναι και η επικοινωνία νοσηλευτή – παιδιού. Η Dewit (2013) αναφέρει πως υπάρχει μεγάλη ανάγκη να δίνεται σημασία στα μη λεκτικά μηνύματα όπως η στάση του σώματος, οι χειρονομίες, η νευρικότητα του παιδιού κοντά σε συγκεκριμένα άτομα, οι εκφράσεις του προσώπου και φυσικά τα μάτια. Ένας παράγοντας που πρέπει να λαμβάνεται υπόψη είναι και η ηλικία του παιδιού καθώς και η ανάπτυξη της ομιλίας του. Ένα μικρό παιδί είναι πιθανό να φοβηθεί από κάποια χειρονομία ή μία απότομη κίνηση ειδικά αν είναι θύμα κακοποίησης. Για να γίνει σωστή διάγνωση είναι προτιμότερο να κοιτά ο νοσηλευτής το παιδί στα μάτια και να του μιλά με ήρεμη και φιλική φωνή ώστε να κερδίσει την εμπιστοσύνη του.

Οι ειδικοί που ασχολούνται με το θέμα της παιδικής κακοποίησης είναι πεπεισμένοι πως η δομή μίας κλινικής συνέντευξης με ένα πιθανό θύμα κακοποίησης πρέπει να είναι συγκεκριμένη και να πληροί κάποιες προϋποθέσεις για να είναι επιτυχημένη και αποκαλυπτική. Η διαδικασία θα πρέπει σύμφωνα με τον Κουρκουτά (2011) να είναι ίδια με αυτή που ακολουθείται σε κάθε ιατρική πάθηση αλλά επειδή πρόκειται για παιδιά να υπάρχει μεγαλύτερη ευαισθησία και προσοχή για να μη θιχτούν ευάλωτα σημεία. Κάθε τραύμα και μώλωπας πρέπει να εξετάζεται προσεκτικά και να καταγράφεται ακόμα και να φωτογραφίζεται έπειτα από την συγκατάθεση των γονιών. Κάθε σημείωση πρέπει να έχει ημερομηνία και ώρα για να είναι έγκυρο το νοσηλευτικό ιστορικό.

Οι απαραίτητες αυτές προϋποθέσεις είναι οι ακόλουθες (Dewit, 2013)

- Οι ερωτήσεις να είναι ανάλογες με την ηλικία του παιδιού
- Να είναι προσαρμοσμένες στην προσωπικότητα και το χαρακτήρα του εκάστοτε παιδιού
- Να είναι ανάλογες με το φύλο του παιδιού
- Να μην προσβάλλουν το παιδί
- Να μην φαίνεται από τη διατύπωση των ερωτήσεων ότι το παιδί είναι έστω και λίγο υπεύθυνο και ένοχο για όσα του συμβαίνουν
- Να σέβεται ο ειδικός τις θρησκευτικές και κοινωνικές πεποιθήσεις του παιδιού αλλά και της οικογένειας

Πιο συγκεκριμένα ο νοσηλευτής μπορεί να προβεί σε διάγνωση για παιδική κακοποίηση όταν συντρέχουν οι παρακάτω προϋποθέσεις ( Hogan, 2012)

- Σωματικές και συμπεριφορικές ενδείξεις όπως έχουν καθοριστεί παραπάνω
- Καθυστέρηση στην αναζήτηση θεραπείας
- Ασάφεια στην περιγραφή των γεγονότων
- Αντίσταση των γονέων να παραμείνει μόνο του το παιδί με τον νοσηλευτή ή τον θεράποντα ιατρό
- Αν υπάρχει πόνος ή άγχος δίχως φανερή αιτία
- Αν η σχέση του παιδιού με τους γονείς κρίνεται ως απόμακρη

### **3.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Όταν η διάγνωση της παιδικής κακοποίησης είναι αποδεκτή και πλήρως τεκμηριωμένη ο νοσηλευτή σύμφωνα με την Dewit (2013) μπορεί να συμμετάσχει ενεργά στην αντιμετώπιση της κατάστασης. Αρχικά, είναι υποχρεωμένος να αναφέρει το περιστατικό στις αρμόδιες υπηρεσίες προστασίας του παιδιού σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία. Τα τραύματα του παιδιού θα χρειαστούν πιθανόν φαρμακευτική φροντίδα και ιατρική αγωγή. Επίσης, είναι σημαντικό να προσεγγίσει τους γονείς για να καθοριστούν τα επόμενα βήματα ειδικά όταν η διάγνωση δεν έχει καταδείξει τους ίδιους ως υπεύθυνους.

Το παιδί μπορεί να μιλήσει με τον νοσηλευτή για τα προβλήματα που αντιμετωπίζει και για αυτό ο νοσηλευτής οφείλει να τονίσει πως δεν είναι το ίδιο το παιδί υπεύθυνο για την κακοποίηση την οποία έχει υποστεί. Η Dewit (2013) τονίζει πως ο νοσηλευτής μπορεί να ενθαρρύνει το παιδί να μιλήσει για τους φόβους και τα προβλήματά του δίχως να φοβάται πως θα τιμωρηθεί για την ανοχή του και την στάση του απέναντι στο άτομο που το κακοποιεί.

Ένα άλλο σημείο που οφείλει να προσέξει ο νοσηλευτής είναι η εκτίμηση της οικογένειας αναφορικά με το αν είναι σε θέση να χειριστεί την κατάσταση και στη συνέχεια να εκπαιδεύσει τους γονείς για την αντιμετώπιση της κατάστασης ή ακόμα και να τους παραπέμψει σε διάφορες υπηρεσίες οι οποίες θα βοηθήσουν τα παιδιά και τους γονείς τους. Η Dewit (2013) θεωρεί πολύ σημαντική την επαναξιολόγηση τόσο



της ασφάλειας του παιδιού όσο και τους χειρισμούς της οικογένειας ώστε να μην υπάρξουν ανάλογα περιστατικά βίαιης συμπεριφοράς στο μέλλον.

Είναι ορθό να ζητήσει ο νοσηλευτής βοήθεια και στήριξη από άλλους ειδικούς όπως ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς ή επισκέπτες υγείας. Οι κοινωνικές υπηρεσίες θα κρίνουν σύμφωνα με τον Κουρκουτά (2011) και θα αποφασίσουν αν το παιδί είναι ανάγκη να απομακρυνθεί για κάποιο χρονικό διάστημα από την οικογένεια.

Ο Kneisl και οι συνεργάτες του (2009) επεκτείνουν το ρόλο του νοσηλευτή και τονίζουν πως μπορούν αν δημιουργήσουν ομάδες υποστήριξης των παιδιών ή να παραπέμψουν τα θύματα σε αυτές. Επίσης, είναι σε θέση να δραστηριοποιηθούν και να ενημερώσουν τον κόσμο για τα στοιχεία της παιδικής κακοποίησης όπως και για τις ενδεδειγμένες κινήσεις όταν κάποιος αντιλαμβάνεται περιστατικά παιδικής κακοποίησης.

Τονίζουν, επίσης, πως ο νοσηλευτής οφείλει να είναι πλήρως ενημερωμένος για το θέμα και να έχουν το απαιτούμενο υπόβαθρο γνώσεων ώστε να συμμετέχουν στην πρόληψη και τη θεραπεία. Σημαντικό είναι να συμμορφώνονται προς τους νόμους της πολιτείας αλλά και να επιμορφώνονται συνεχώς για αν είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν παιδιά που έχουν υποστεί κακοποίηση κάθε είδους.

θεωρούν πολύ σημαντικό να έχουν αυτογνωσία οι νοσηλευτές αλλά και να σχεδιάζουν παρεμβάσεις που θα κάνουν το παιδί να μιλήσει ανοιχτά αφού η αποκάλυψη είναι το πρώτο βήμα για τη θεραπεία. Η χρήση παιχνιδιών ή της τέχνης μπορεί να λειτουργήσει αποτελεσματικά στην θεραπεία όπως και η ενθάρρυνση από τους νοσηλευτές της καταγραφής των συναισθημάτων σε ένα ημερολόγιο το οποίο θα αμβλύνει τη συναισθηματική κατάσταση του παιδιού.

Η παιδική κακοποίηση δεν εστιάζεται μόνο σε σωματικά τραύματα και ενδείξεις αλλά αφορά και την ψυχολογική – συναισθηματική κατάσταση ενός παιδιού που είναι ευάλωτο και ανήμπορο να αμυνθεί. Καθήκον του νοσηλευτή είναι να αντιμετωπίσει συνολικά την κατάσταση και να θωρακίσει το θύμα σωματικά και ψυχικά.

#### 4.ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Η σχέση νοσηλευτή – ασθενούς είναι ένα πολύ περίπλοκο και σύνθετο ζήτημα καθώς από την σχέση αυτή εξαρτάται κατά ένα πολύ μεγάλο ποσοστό η βελτίωση της υγείας του ασθενούς και η δημιουργία μίας καλής και σχετικά στενής επαφής κρίνεται επιτακτική ανάγκη Σύμφωνα με τους Θεοδοσοπούλου, Σαράφη, Ηγουμενίδη ( 2011 ) τα όρια είναι δυσδιάκριτα και ο έλεγχος, βέβαια, στη σχέση αυτή είναι πολύ εύκολο να χαθεί. Ο νοσηλευτής οφείλει να είναι ευγενικός και σαφής προς τον ασθενή του αλλά από την άλλη πλευρά πρέπει να διατηρεί και μία λογική απόσταση .

Σύμφωνα με τους Θεοδοσοπούλου Σαράφη, Ηγουμενίδη ( 2011) ο ρόλος του νοσηλευτή πρέπει να περιλαμβάνει και το κομμάτι της ενσυναίσθησης, το οποίο μάλλον, όμως, λείπει από την καθημερινή τους επικοινωνία με τους ασθενείς. Ο όρος αυτός σημαίνει να προσπαθεί το νοσηλευτικό προσωπικό να μπει συναισθηματικά στη θέση του ασθενή του και να νιώσει τα συναισθήματα και τις προσδοκίες του. Ένα άτομο που χρησιμοποιεί την ενσυναίσθηση, μπορεί να αναγνωρίσει, να αντιληφθεί και να αισθανθεί αυτό που αισθάνεται ένα άλλο άτομο. Με αυτό τον τρόπο μπορεί να βάλει τον εαυτό του στη θέση του άλλου, να κατανοήσει τη συμπεριφορά του και να αναγνωρίσει τα κίνητρά της.

Το ιατρικό απόρρητο πλέον είναι νομοθετική ρύθμιση και όχι μία διάταξη που αν θέλει το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό τηρεί. Σύμφωνα με τους Θεοδοσοπούλου, Σαράφη, Ηγουμενίδη ( 2011) με τον όρο αυτό εννοείται η υποχρέωση να μην δημοσιοποιούνται προσωπικά στοιχεία των ασθενών ή πληροφορίες για τη νόσο και την πορεία της υγείας τους. Φυσικά, εκτός από υποχρέωση του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού είναι και δικαίωμα του ασθενούς να απαιτήσει προστασία των προσωπικών του δεδομένων.

Η αποκάλυψη προσωπικών πληροφοριών αποτελεί μεγάλο σφάλμα των επαγγελματιών της υγείας και επισύρονται μεγάλες κυρώσεις. Η άρση του απορρήτου επιτρέπεται μόνο όταν υπάρχει νομικό ζήτημα ή κινδυνεύει η ζωή του ασθενούς. Όταν πρόκειται για παιδιά τα παραπάνω κρίνονται ιδιαίτερα σοβαρά καθώς η ψυχή τους είναι ιδιαίτερα ευάλωτη και η πορεία της συναισθηματικής τους εξέλιξης είναι ακόμα εν εξελίξει (Θεοδοσόπουλος, Σαράφης & Ηγουμενίδης, 2011).

Η ψυχολογική προετοιμασία όχι μόνο του ασθενούς αλλά και όλης της οικογένειας είναι ιδιαίτερα σύνθετη και σημαντική διαδικασία. Στόχος των νοσηλευτών είναι να υπάρξει μία ψυχολογική στήριξη του ασθενούς αλλά και να μπορέσει με τις κατάλληλες συμβουλές και υποδείξεις να έχει μία ποιότητα ζωής.

## **Γ' ΜΕΡΟΣ: ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ**

Η Chaiyachati και οι συνεργάτες της (2015) τονίζουν πως σήμερα στην παιδιατρική και νοσηλευτική επιστήμη υπάρχουν παρα πολλοί τρόποι ώστε να διακριθεί ένα απλό ατύχημα του παιδιού από μία κακοποίηση. Λιγότερη προσοχή ακόμα και σήμερα, δυστυχώς, δίνεται μεγαλύτερη προσοχή σε περιπτώσεις που χαρακτηρίζονται από αβεβαιότητα. Για την Chaiyachati και τους συνεργάτες της (2015) οι περιπτώσεις αυτές χαρακτηρίζονται «γκρίζες» και αποτελούν πρόκληση για το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Σε μία έρευνα που διεξήχθη από τα 134 παιδιά του δείγματος το 17% απεδείχθη να έχει υποστεί παιδική κακοποίηση και ένα 7% αποτελούσε τις «γκρι περιπτώσεις». Το συμπέρασμα ήταν πως κάποιοι παράγοντες όπως το ιστορικό της οικογένειας, το ιστορικό περίθαλψης και ατυχημάτων, το ιστορικό ανάπτυξης, γεγονότα της καθημερινής ζωής της οικογένειας και οι κατάρτιση του προσωπικού με επάρκεια και πληρότητα μπορούν να διαχωρίσουν ένα ατύχημα από την συνεχόμενη και προκαθορισμένη παιδική κακοποίηση. Παρά τους παράγοντες αυτούς οι «γκρίζες περιπτώσεις» μπορεί να μοιάζουν με ατυχήματα ή με περιστατικά παιδικής κακοποίησης. Αυτές οι «γκρίζες περιπτώσεις» αποτελούν σημαντική πρόκληση για τους ιατρούς και τους νοσηλευτές και πρέπει να χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής και ευαισθησίας.

Για τον Gurwitch και τους συνεργάτες του (2015) κάθε χρόνο δύο εκατομμύρια παιδιά υφίστανται κακοποίηση, σωματική ή ψυχική ή παραμέληση και αδιαφορία. Τα παιδιά αυτά είναι πολύ πιθανό να αντιμετωπίσουν ιατρικά και ψυχολογικά προβλήματα αργότερα στη ζωή τους ή να μην μπορέσουν να

κοινωνικοποιηθούν ομαλά. Ο Gurwitsch και οι συνεργάτες του (2015) αναφέρουν μία σειρά στρατηγικών που ενδέχεται να βοηθήσει τα παιδιά αλλά και τους γονείς τους. Οι στρατηγικές αυτές περιλαμβάνουν την παρατήρηση αλλά και στήριξη των γονιών και των παιδιών καθώς και την επιβεβαίωση ιατρικών αποδείξεων κακοποίησης. Το πρόγραμμα με την ονομασία Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) έρχεται να συμπληρώσει το κομμάτι τόσο της διάγνωσης όσο και της αντιμετώπισης της παιδικής κακοποίησης. Δεν πρόκειται ακριβώς για θεραπευτική παρέμβαση αλλά για μία προσπάθεια στήριξης της οικογένειας σαν σύνολο. Ο Gurwitsch και οι συνεργάτες του (2015) τονίζουν πως από το 2006 που ξεκίνησε η εφαρμογή του προγράμματος πάνω από 2000 άτομα έκαναν χρήση του και η έμφαση δόθηκε σε παιδιά παραμελημένα ή με σωματικά τραύματα εμφανή.

Ο Doughty και οι συνεργάτες του (2015) δίνουν μεγάλη προσοχή και έμφαση στα νευρολογικά προβλήματα του παιδιού που έχει υποστεί παιδική κακοποίηση. Ο σκοπός της έρευνας τους ήταν η ανίχνευση ακριβώς αυτών των νευρολογικών προβλημάτων και ο διαχωρισμός με βάση αυτά από το ατύχημα. Περαιτέρω θα συνέβαλε η έρευνα στην πρόληψη και αντιμετώπιση του φαινομένου της παιδικής κακοποίησης. Ο Doughty και οι συνεργάτες του (2015) έφτασαν στο συμπέρασμα πως είναι πολύ δύσκολο να γίνει διάκριση ανάμεσα στα νευρολογικά συμπτώματα που προέρχονται από κακοποίηση και σε αυτά που προέρχονται από μία τροφική δηλητηρίαση για παράδειγμα. Το βασικό συμπέρασμα είναι, όμως, για τον Doughty και τους συνεργάτες του (2015) πως τα νευρολογικά προβλήματα είναι ένας σημαντικός δείκτης παιδικής κακοποίησης και πρέπει να λαμβάνονται τα ευρήματα των νευρολογικών εξετάσεων σοβαρά υπόψη από το νοσηλευτικό προσωπικό.

Ο Tonmyr (2015) στο άρθρο του τονίζει την σημαντική σχέση που μπορεί να καλλιεργηθεί μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού και της οικογένειας όταν ένα παιδί έχει υποστεί παιδική κακοποίηση. Εκτός από την τυπική σωματική, σεξουαλική και ψυχολογική κακοποίηση ο Tonmyr (2015) επιστρά την προσοχή και στην κακοποίηση που δέχεται συναισθηματικά και ψυχολογικά το παιδί από την τεταμένη και εχθρική – απειλητική συμπεριφορά των γονέων μεταξύ τους, από τους συνεχείς καβγάδες και τις απανωτές συγκρούσεις. Η μορφή αυτή παιδικής κακοποίησης μπορεί να δημιουργήσει στο παιδί εξίσου σοβαρότατα προβλήματα αργότερα στη ζωή του. Για τον Tonmyr (2015) το συμπέρασμα είναι πως οι νοσηλευτές οφείλουν να είναι κοντά στην οικογένεια με ενσυναίσθηση και ευαισθησία και να τονίζουν τα προβλήματα που ήδη αντιμετωπίζει το παιδί τους ή πρόκειται να αντιμετωπίσει

μελλοντικά. Ο ρόλος τους δεν είναι μόνο να φροντίσουν τα τραύματα ενός παιδιού που είναι εμφανή αλλά να διακρίνουν τα ψυχολογικά σημάδια και να φροντίζουν όσο αυτό είναι εφικτό και με τη βοήθεια και συνεργασία ψυχολόγων να αποκαταστήσουν την επικοινωνία και επαφή της οικογένειας για το καλό του παιδιού.

Σε έρευνα που διεξήχθη σχετικά με την σεξουαλική κακοποίηση των παιδιών και τις άλλες μορφές κακοποίησης διεξήχθη το συμπέρασμα πως η σεξουαλική κακοποίηση είναι η πιο συνηθισμένη μορφή κακοποίησης. Οι Tonmyr και Gonzalez (2015) ανακάλυψαν πως σε περιπτώσεις παιδικής κακοποίησης πρώτη έρχεται η σεξουαλική με ποσοστό 58% και έπονται η σωματική κακοποίηση, η παραμέληση των παιδιών και η ψυχολογική κακοποίηση. Τα παιδιά που έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση προέρχονται στην πλειοψηφία τους από οικογένειες της εργατικής τάξης και με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο ενώ πολύ κοντά βρίσκονται και γονείς άνεργοι ειδικά στην περίπτωση της σωματικής κακοποίησης.

Για τους Perin και Byers (2015) τα σωματικά τραύματα που δεν προκαλούνται από ατυχήματα είναι υψίστης σπουδαιότητας. Ένας σημαντικός παράγοντας για να διαπιστωθεί αν το τραύμα έχει προκληθεί από ατύχημα ή όχι είναι και η γενετική εξέταση της δομής και ανθεκτικότητας των οστών. Ειδικά στα βρέφη που έχουν μία ήπια δομή οστών η έλλειψη εξέτασης ενδελεχώς των οστών τους και της γενετικής τους κατασκευής μπορεί να θεωρηθεί εγκληματική αμέλεια από την πλευρά του νοσηλευτικού προσωπικού. Βέβαια οι Perin και Byers (2015) τονίζουν και το ενδεχόμενο να μην είναι πλήρως κατασκευασμένα και δομημένα τα οστά κατά την ηλικία που ένα παιδί πηγαίνει στο νοσοκομείο και πρέπει να εκτιμηθεί η κατάστασή του. Ανάμεσα στις εξετάσεις που είναι απαραίτητο να γίνουν οι Perin και Byers (2015) συγκαταλέγουν την εξέταση DNA με τους παράγοντες COL1A1, COL1A2 και IFITM5. Αν δεν υπάρχουν ενδείξεις κακοποίησης η εξέταση θα ήταν πρόβλημα να αποφεύγεται και φυσικά όταν είναι επιβεβλημένη να γίνει χρειάζεται ακόμα η υπογραφή και συνέναιση των γονέων. Οι Perin και Byers (2015) συμπερασματικά θεωρούν πως αυτό είναι ένα ακόμα σοβαρό εμπόδιο στην ανίχνευση της παιδικής κακοποίησης.

Η Oshri και οι συνεργάτες της (2015) προσπάθησαν στην έρευνά τους να συνδέσουν την παιδική κακοποίηση (σωματική και ψυχολογική) με τη χρήση αλκοόλ αλλά και τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης που έχουν εισβάλει στη ζωή όλων των ανθρώπων. Τα αποτελέσματα της έρευνας απέδειξαν στενή σχέση ανάμεσα στην χρήση αλκοόλ και την κακοποίηση των παιδιών τόσο από τον πατέρα όσο και από τη

μητέρα. Το ενδιαφέρον στοιχείο της έρευνας σύμφωνα με την Oshri και τους συνεργάτες της (2015) είναι πως η συχνή χρήση των μέσων κοινωνικής δικτύωσης και του εθισμού σε αυτά συνδέεται άρρηκτα με τη βία προα τα παιδιά και ειδικά των γυναικών που δεν εργάζονται και παραμένοντας πολλές ώρες εντός σπιτιού ασχολούνται κυρίως με τα μέσα αυτά. Το γεγονός πως ένα παιδί θα αποσπάσει την προσοχή τους από τα μέσα αυτά μπορεί πολύ εύκολα να επισύρει τη βίαιη συμπεριφορά τους. Για την Oshri και τους συνεργάτες της (2015) το τελικό συμπέρασμα είναι πως η χρήση αλκοόλ είναι δεδομένο πως προκαλεί επιθετικότητα αλλά και η συνεχής χρήση των μέσων κοινωνικής δικτύωσης κάνει τους χρήστες ευερέθιστους. Ο συνδυασμός των δύο αυτών παραμέτρων μπορεί να αποβεί εξαιρετικά επικίνδυνος για τη σωματική ακεραιότητα των παιδιών ακόμα και για την ίδια τους τη ζωή.

Την χρήση του αλκοόλ και τη σύνδεσή του με την παιδική κακοποίηση επισημαίνει και η έρευνα του Florenzano και των συνεργατών του (2015). Εκτός από την μεγάλη επίδραση της χρήσης αλκοόλ στους γονείς η έρευνα εστιάζει και στις συνέπειες του αλκοόλ στα παιδιά. 408 από τους συμμετέχοντες είχαν παιδιά και κατανάλωναν συχνά αλκοόλ. Κατά τη διάρκεια της επίδρασης του αλκοόλ οι ίδιοι οι γονείς παραδέχτηκαν πως είναι πιο νευρικοί και επιθετικοί στα παιδιά τους αλλά και στο μεσοδιάστημα μέχρι την επόμενη κατανάλωση αλκοόλ. Ο Florenzano και οι συνεργάτες του (2015) καταλήγουν στο συμπέρασμα πως το αλκοόλ όταν ξεπερνώνται τα όρια βλάπτει σοβαρά τον άνθρωπο που το καταναλώνει, σωματικά και ψυχικά, αλλά και τα άτομα που αποτελούν τον περίγυρό του.

Για τον Lansford και τους συνεργάτες του (2015) η κακοποίηση των παιδιών σχετίζεται και με την πολιτισμική προέλευση και κουλτούρα των παιδιών και των οικογένειών τους. Η στενή σχέση της οικογένειας με την πολιτισμική τους παράδοση και η αυστηρότητα στην ανατροφή των παιδιών που αυτή επιβάλλει ή η διαφορετική κουλτούρα μεταξύ της μητέρας και του πατέρα όταν προκειται για διαπολιτισμικές οικογένειες μπορεί να θεωρηθούν παράγοντες παιδικής παραμέλησης ή κακοποίησης. Η τιμωρία ενός παιδιού, η συμπεριφορά των γονέων απέναντι στο παιδί, οι απόψεις τους σχετικά με την ανατροφή και την ανάπτυξη του παιδιού καθορίζονται από τις πολιτισμικές τους απόψεις και συνήθειες. Για τον Lansford και τους συνεργάτες του (2015) η έρευνα που διεξήχθη σε διαφορετικές χώρες ανά τον κόσμο όπως Κίνα, Κολομβία και Ιταλία απέδειξε περίπου τα παραπάνω στοιχεία. Για τους ίδιους η χώρα καταγωγής των γονέων πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη από το ιατρικό

και νοσηλευτικό προσωπικό όταν καλείται να κάνει διάγνωση με την υποψία παιδικής κακοποίησης.

Η Tanaka και οι συνεργάτες της (2015) έχουν συνδέσει την παιδική κακοποίηση με την ελλιπή ψυχολογική και σωματική ανάπτυξη αργότερα στη ζωή των παιδιών. Επισημαίνουν πως το παιδί μεγαλώνοντας είναι σχεδόν σίγουρο πως θα έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και συναισθήματα κατωτερότητας ενώ είναι πιθανό να εκδηλώσουν και τα ίδια επιθετική συμπεριφορά. Η Tanaka και οι συνεργάτες της (2015) μελέτησαν παιδιά που είχαν υποστεί κακοποίηση μετά από δύο χρόνια και παρατήρησαν πως τα κακοποιημένα παιδιά παρουσίασαν προβληματική και επιθετική συμπεριφορά όσο μεγαλώναν.

Και ο Norman και οι συνεργάτες του (2015) ασχολήθηκαν με τις επιπτώσεις στην ψυχολογική υγεία του παιδιού στη μετέπειτα πορεία της ζωής του. Στην έρευνά τους γίνεται μία κατηγοριοποίηση των συμπτωμάτων ανάλογα με κάποιες προϋποθέσεις όπως ο τύπος και η διάρκεια της κακοποίησης. Ο Norman και οι συνεργάτες του (2015) καταλήγουν στο συμπέρασμα πως τα σωματικά και ψυχολογικά τραύματα που δέχονται ως επίπτωση της κακοποίησης τα παιδιά είναι λογικά και αναμενόμενα. Η βασική, όμως, συνέπεια είναι το υπερβολικό άγχος και το στρες που βιώνουν τα παιδιά αυτά.

Ο Stevens και οι συνεργάτες του (2015) μελέτησαν ένα δείγμα παιδιών 9 – 10 ετών και κατέληξαν στο συμπέρασμα πως και ο τόπος διαμονής είναι ένας παράγοντας που συνδέεται με την παιδική κακοποίηση. Πιο συγκεκριμένα τα παιδιά που μεγαλώνουν σε μικρές επαρχιακές πόλεις και χωριά βιώνουν την κακοποίηση κυρίως σε ψυχολογικό επίπεδο γιατί σε σωματικό είναι πιο εύκολο να αποκαλυφθεί το γεγονός λόγω στενού κύκλου. Αλλά και οι σεξουαλικές επιθέσεις σε παιδιά είναι σύνηθες φαινόμενο και αυτό που προκαλεί εντύπωση είναι πως οι δράστες δεν φοβούνται την αποκάλυψη. Στην ίδια έρευνα Ο Stevens και οι συνεργάτες του (2015) συμπεραίνουν πως οι τραυματικές αυτές εμπειρίες στιγματίζουν το παιδί ανεξίτηλα και δημιουργούν μεγάλα προβλήματα στην εξέλιξη της προσωπικότητας και του χαρακτήρα του. Ειδικά, αν το παιδί δέχεται κακοποίηση από τους γονείς του είναι πολύ πιθανό να θεωρήσει πολύ φυσιολογική τη συμπεριφορά τους και να την αναπαράγει στο μέλλον στη δική του οικογένεια. Δεν είναι τυχαίο το γεγονός ότι πολλοί δράστες κακοποίησης ήταν στην παιδική τους ηλικία και οι ίδιοι θύματα σεξουαλικής κακοποίησης.

Ο Walsh και οι συνεργάτες του (2015) μελέτησαν τους τρόπους με τους οποίους το σχολείο μπορεί να συμβάλει στην αντιμετώπιση του φαινομένου της παιδικής κακοποίησης. Σύμφωνα με την έρευνα που διεξήγαγαν είναι θεμιτό να οι δάσκαλοι αν υποπέσει στην αντίληψή τους ότι ένα παιδί κακοποιείται θα πρέπει να μιλήσουν με το παιδί και έχοντας τις κατάλληλες γνώσεις να το βοηθήσουν να μιλήσει ανοιχτά και να αποκαλύψει την αλήθεια. Αυτό, φυσικά, προϋποθέτει ότι οι δάσκαλοι λαμβάνουν την απαραίτητη εκπαίδευση προκειμένου να είναι σε θέση να καταλαβαίνουν έγκαιρα τα σημάδια κακοποίησης και βίας ακόμα και όταν δεν είναι εμφανή μέσα από την εξωλεκτική συμπεριφορά του παιδιού. Ο Walsh και οι συνεργάτες του (2015) τονίζουν πως οι δάσκαλοι πρέπει να είναι κοντά στα παιδιά, να επικοινωνούν μαζί τους και να τα κάνουν να αισθάνονται άνετα να μιλούν μαζί τους για τα παιδιά. Να είναι υπομονετικοί και να μην ειρωνεύονται τα παιδιά ώστε να θεωρούν πως τουλάχιστο αυτοί τους πιστεύουν. Καταλήγουν στο συμπέρασμα πως σε περιπτώσεις που οι δάσκαλοι έπραξαν όπως έπρεπε το φαινόμενο της κακοποίησης σταμάτησε αρκετά γρήγορα πριν το παιδί τραυματιστεί ανεπανόρθωτα σωματικά και ψυχικά.

Ο Kilroy και οι συνεργάτες του (2015) αναφέρονται και στις συνέπειες που μπορεί να επιφέρει η κακοποίηση ενός παιδιού στην οικογένειά του αλλά και τον ρόλο της οικογένειας στην αντιμετώπιση της κατάστασης. Η οικογένεια θα πρέπει να είναι πολύ προσεκτική απέναντι στα συμπτώματα και τις ενδείξεις κακοποίησης που μπορεί να παρουσιάζουν τα παιδιά τους. Οφείλουν να ενημερώνονται από τους ειδικούς για τις ενδείξεις κακοποίησης και να λαμβάνουν τα μέτρα τους όταν υποπίπτει στην αντίληψή τους μία τέτοια ένδειξη. Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η ενημέρωση που μπορούν να προσφέρουν οι γονείς στα παιδιά τους σχετικά με την κακοποίηση που μπορεί να υποστούν στη ζωή τους (εκτός οικογενείας). Ο Kilroy και οι συνεργάτες του (2015) συμπεραίνουν πως οι συνέπειες στην οικογένεια είναι δυσβάστακτες ανάλογα την πολιτισμική κουλτούρα και τον τρόπο που σκέφτονται οι ίδιοι οι γονείς. Σε καμία , όμως, περίπτωση δεν πρέπει να ρίξουν την ευθύνη στο ίδιο το παιδί για να μην του προκαλέσουν αισθήματα ενοχής και το τραυματίσουν ψυχολογικά κι άλλο.

Ο McLeod και οι συνεργάτες του (2015) μελετούν την παιδική κακοποίηση δίνοντας έμφαση στις συνέπειες που θα έχει ένα άτομο στην ηλικία των 30 ετών αν έχει υποστεί κακοποίηση ως παιδί. Τα συμπεράσματα στα οποία κατέληξαν ήταν πως τα παιδιά αυτά στην ηλικία των 30 είτε δεν είχαν κάνει ακόμα οικογένεια και



αρνούνταν κατηγορηματικά να δεχτούν ως πιθανότητα το ενδεχόμενο αυτό είτε είχαν δικά τους παιδιά αλλά οι τιμωρίες που τους επέβαλαν ήταν ιδιαίτερα αυστηρές και συμπεριλάμβαναν σωματική επίθεση, ολονύχτια παραμονή στο κρύο έξω από το σπίτι και ψυχολογική απειλή συνεχόμενη.

Ο Levenson και οι συνεργάτες του (2015) έδωσαν ιδιαίτερη έμφαση στο φύλο του παιδιού που υφίσταται την παιδική κακοποίηση και κυρίως την σεξουαλική. Οι άνδρες και φυσικά και τα αγόρια είναι λιγότερο έτοιμα να αποκαλύψουν την αλήθεια για την κακοποίηση που έχουν υποστεί. Τα αγόρια μεγαλώνουν με το ανδρικό πρότυπο και θεωρούν πως πρέπει να είναι σκληρά και δυναμικά και η πράξη κακοποίησης τα κάνει να αισθάνονται ευάλωτα και αδύναμα. Νιώθουν ντροπή και αμηχανία γιατί αν αποκαλύψουν την πράξη, τότε φοβούνται ότι θα θεωρηθούν ομοφυλόφιλοι ή ότι τους αρέσει η ενέργεια αυτή και για αυτό δεν την αποκάλυψαν νωρίτερα. Αυτό είναι ένα ακόμα πρόβλημα των κακοποιημένων παιδιών γενικά, όταν αντιμετωπίζουν αντιδράσεις του τύπου «γιατί τώρα» η αποκάλυψη των γεγονότων, με την υπόνοια ότι υπάρχει ένας ιδιοτελής σκοπός. Αν σκεφτεί κανείς και το ενδεχόμενο αιμομιξίας σε μία τέτοια κατάσταση, οι πιθανότητες να μιλήσει ανοιχτά ένα αγόρι περιορίζονται αισθητά. Ο Levenson και οι συνεργάτες του (2015) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι και τα δύο φύλα επιλέγουν να αποκαλύψουν την αλήθεια σε διάφορες τηλεφωνικές γραμμές άμεσης και έμμεσης βοήθειας, στις οποίες εργάζονται ειδικοί. Ο βασικός λόγος είναι η ανωνυμία που εξασφαλίζουν οι τηλεφωνικές αυτές γραμμές καθώς και το γεγονός ότι λειτουργούν όλες τις ώρες της ημέρας και τα παιδιά έχουν την ευχέρεια να μιλήσουν, όταν δεν είναι κανείς στο σπίτι ή έχουν κοιμηθεί οι γονείς.

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Το φαινόμενο της κακοποίησης ανηλίκων, δυστυχώς, αντί να εξαλείφεται στη σύγχρονη εποχή αυξάνεται και παρόμοια φαινόμενα είναι στην ημερήσια διάταξη της επικαιρότητας. Τα παιδιά αδύναμα και ευάλωτα καθώς είναι αποτελούν ένα εύκολο θύμα στην επιθυμία των ισχυρών να τα εκμεταλλευτούν και να τα πληγώσουν σωματικά και κυρίως ψυχολογικά.

Με την ανάπτυξη του διαδικτύου νέες μορφές κακοποίησης παρουσιάζονται αλλά οι παραδοσιακές μορφές διατηρούνται σε υψηλά επίπεδα. Φωνές, χειροδικία, σεξουαλική κακοποίηση, ακρωτηριασμός γυναικών και σχολικός εκφοβισμός είναι μόνο λίγες από τις πολλές μορφές που μπορεί να δεχτεί ένα παιδί.

Το τραγικό στοιχείο στο φαινόμενο αυτό είναι ότι οι θύτες είναι άτομα, τα οποία κανονικά θα έπρεπε να προστατεύουν και να προφυλάσσουν τα παιδιά, δηλαδή γονείς, παππούδες, θείοι και ξαδέρφια, αδέρφια και γενικότερα άτομα του στενού οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος.

Ένα άλλο σημαντικό στοιχείο είναι ότι οι περιπτώσεις παιδικής κακοποίησης δεν είναι μόνο όσες αποκαλύπτουν τα επίσημα στατιστικά στοιχεία αλλά πολύ περισσότερες καθώς τα παιδιά τις περισσότερες φορές δεν αποκαλύπτουν το γεγονός και τον δράστη και, επομένως, δεν καταγράφονται επίσημα.

Οι λόγοι είναι πολλοί. Τα παιδιά αισθάνονται φόβο αλλά και ντροπή. Φοβούνται ότι δεν θα τους πιστέψει κανείς και τότε ο δράστης θα ξεσπάσει πάνω τους όλη του την οργή και τη μανία για το θράσος τους να μιλήσουν για την κακοποίηση. Από την άλλη επειδή δεν είναι ακόμα σε θέση να κατανοήσουν πλήρως την σοβαρότητα του γεγονότος και να συνειδητοποιήσουν την πραγματική του διάσταση συνηθίζουν να επιρρίπτουν ευθύνες στον εαυτό τους και με ευπιστία δέχονται τις κατηγορίες του δράστη ότι είναι οι πλέον υπεύθυνοι για την κατάσταση που έχει δημιουργηθεί.

Αλλά και όταν η αποκάλυψη έρθει (από κάποιον άλλο) τα παιδιά συνηθίζουν να αρνούνται το γεγονός και προσπαθούν να το αποσιωπήσουν με κάθε τρόπο. Οι παράγοντες για αυτή τη συγκάλυψη φαίνεται αν είναι πολλοί και διάφοροι, όπως η ηλικία, το φύλο, το κοινωνικό περιβάλλον, οι θρησκευτικές απόψεις, η πολιτισμική κουλτούρα.

Το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει ακολουθήσει συγκεκριμένη διαδικασία: να διερευνηθεί πλήρως η κατάσταση του ασθενούς, να προσδιοριστούν τα πραγματικά

προβλήματα ή τα προβλήματα που δύναται να προκύψουν, να καθοριστούν τα βήματα που πρέπει να ακολουθηθούν για την βελτίωση της υγείας του ασθενούς ή την θεραπεία του και τέλος, να αξιολογηθεί γενικότερα η κατάσταση και η περαιτέρω πορεία. Αρχικά, ο νοσηλευτής είναι υποχρεωμένος να αναφέρει το περιστατικό στις αρμόδιες υπηρεσίες προστασίας του παιδιού σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία. Τα τραύματα του παιδιού θα χρειαστούν πιθανόν φαρμακευτική φροντίδα και ιατρική αγωγή. Επίσης, είναι σημαντικό να προσεγγίσει τους γονείς για να καθοριστούν τα επόμενα βήματα ειδικά όταν η διάγνωση δεν έχει καταδείξει τους ίδιους ως υπεύθυνους.

Η παιδική κακοποίηση είναι ένα φαινόμενο που πρέπει πάση θυσία να καταπολεμηθεί και να εξαφανιστεί από την κοινωνία παγκοσμίως. Όλοι οι αρμόδιοι φορείς και όσοι το επιθυμούν πρέπει να συνεργαστούν για να γίνει αυτό πραγματικότητα και τα παιδιά σε όλο τον κόσμο να έχουν για πάντα το δικαίωμα να χαμογελούν ανέμελα και να απολαμβάνουν την αθωότητα και την αγνότητα της παιδικής τους ηλικίας.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Aronson – Fonten L., Plummer C., (2010). *Sexually Abused Children: Making Their Placements Work*. British Agencies for Adoption and Fostering. London.
- Γιωτάκος Ο., (2009). *Κακοποίηση παιδιού και εφήβου*. Αθήνα: Εκδόσεις Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης
- Chaiyachati BH, Asnes AG, Moles RL, Schaeffer P, Leventhal JM. Gray cases of child abuse: Investigating factors associated with uncertainty. *Child Abuse Negl*: 1234-1244 (8) 2015
- Giupea S., Holloway D., (2011). Oxford Εγχειρίδιο γυναικολογικής νοσηλευτικής φροντίδας. Επιμέλεια ελληνικής έκδοσης: Δελατσίδου Α και Νάνου Χ. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης
- Gurwitch RH, Messer EP, Masse J, Olafson E, Boat BW, Putnam FW. Child-Adult Relationship Enhancement (CARE): An evidence-informed program for children with a history of trauma and other behavioral challenges. *Child Abuse Negl*: 675-778 (21) 2015
- Dewit S., (2013). *Βασικές αρχές και δεξιότητες της νοσηλευτικής φροντίδας*. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λάγιος Δημήτρης
- Doughty K, Rood C, Patel A, Thackeray JD, Brink FW. Neurological Manifestations of Medical Child Abuse. *Pediatr Neurol*: 345-432 (25) 2015
- Elvaney R., Green S., Hogan D., (2012),. Containing the secret of sexual child abuse. *Journal of interpersonal violence*: 1233-1244
- Feldman R., (2011). *Εξελικτική ψυχολογία και δια βίου ανάπτυξη*. Μετάφραση: Αντωνοπούλου Ζ., Κουλετσάνου Μ., Επιστημονική επιμέλεια: Μπεζεβέγκης Η. Αθήνα: Gutenberg
- Florenzano R, Echeverría Á, Sieverson C, Barr M, Fernández MÁ. Harm to children and their families due to alcohol abuse: Results of a population survey in Chile. *Rev Chil Pediatr*: 2355-2612 (29) 2015
- Hogan M.A., (2012). *Νοσηλευτική ψυχικής υγείας*. Ανασκοπήσεις και αιτιολογήσεις. Αθήνα: Πασχαλίδης Π.Χ

- Θεοδοσοπούλου Ε., Σαράφης Π., Ηγουμενίδης Μ., (2011) *Το συναδελφικό απόρρητο στο χώρο της Νοσηλευτικής*. Αθήνα: Πρακτικά ειδικού φροντιστηρίου
- Κατσαούνη Μ., (2012). *Child abuse – an intergenerational comparison study*. Αθήνα: Μέθεξις
- Kilroy SJ, Egan J, Maliszewska A, Sarma KM. Systemic trauma: the impact on parents whose children have experienced sexual abuse. *J Child Sex Abuse*: 876-888 23(5) 2015
- Kneils C., Skodol- Coison H., Triggobof E., (2009). *Σύγχρονη νοσηλευτική ψυχικής υγείας*. Επιμέλεια: Καρανικόλα Μ., Αθήνα: Έλλην
- Κουρκουτάς Η., (2011). *Προβλήματα συμπεριφοράς στα παιδιά. (Παρεμβάσεις στο πλαίσιο της οικογένειας και του σχολείου)*. Βιβλιοθήκη ψυχολογίας. Αθήνα: Τόπος
- Lansford JE, Godwin J, Uribe Tirado LM, Zelli A, Al-Hassan SM, Bacchini D, Bombi AS, Bornstein MH, Chang L, Deater-Deckard K, Di Giunta L, Dodge KA, Malone PS, Oburu P, Pastorelli C, Skinner AT, Sorbring E, Tapanya S, Alampay LP. Individual, family, and culture level contributions to child physical abuse and neglect: A longitudinal study in nine countries. *Dev Psychopathol* :344- 355 27 (4) 2015
- Levenson JS, Willis GM, Prescott DS. Adverse Childhood Experiences in the Lives of Male Sex Offenders: Implications for Trauma-Informed Care. *Sex Abuse* : 455-467 28 (4) 2014
- Lissauer T., Crayden G., Roberts G., Foster C., Coren M., (2012). *Σύγχρονη παιδιατρική*. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδης
- McLeod GF, Fergusson DM, Horwood LJ. Childhood physical punishment or maltreatment and partnership outcomes at age 30. *Am J Orthopsychiatry*: 455- 556 84(3) 2014
- Oshri A, Himelboim I, Kwon JA, Sutton TE, Mackillop J. Childhood Physical and Sexual Abuse and Social Network Patterns on Social Media: Associations With Alcohol Use and Problems Among Young Adult Women. *J Stud Alcohol Drugs*: 778-792 76(6) 2015
- Schafer G., Mundt I., Athlers C., (2011). *Children abuse and violence*. Journal of child abuse, Vol.4. Germany: Routledge publications

- Σιμώνη- Λιόλιου Μ., (2011). *Η εκμετάλλευση και η δολοφονία της παιδικής αθωότητας*. Αθήνα: Εκδόσεις Κηφισιά
- Συγγραφική ομάδα Δ.Ε.Π.Ε.Π. (2015). *Εισαγωγή στη νοσηλευτική επιστήμη και τη φροντίδα υγείας*. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης
- Tonmyr L., The Nurse-Family Partnership: evidence-based public health in response to child maltreatment. *Health Promot Chronic Dis Prev Can*: 1222-1344 35(8-9) 2015
- Tonmyr L, Gonzalez A. Correlates of joint child protection and police child sexual abuse investigations: results from the Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect. *Health Promot Chronic Dis Prev Can*: 1444- 1678 35(8-9) 2015
- Pepin MG, Byers PH. What every clinical geneticist should know about testing for osteogenesis imperfecta in suspected child abuse cases. *Am J Med Genet C Semin Med Genet*: 2345-2445 14 (3) 2015
- United Nations Children’s Fund, Division of Data, Research and Policy (2014). *Hidden in Plain Sight: A statistical analysis of violence against children*. New York. Ανασύρθηκε στις 25 Νοέμβρη 2015 από: [http://files.unicef.org/publications/files/Hidden\\_in\\_plain\\_sight\\_statistical\\_analysis\\_EN\\_3\\_Sept\\_2014.pdf](http://files.unicef.org/publications/files/Hidden_in_plain_sight_statistical_analysis_EN_3_Sept_2014.pdf)
- Stevens K, Schneiderman JU, Negriff S, Brinkmann A, Trickett PK. The whole picture: Child maltreatment experiences of youths who were physically abused. *Child Abuse Negl*: 2356 – 2600 (43) 2015
- Wallace,H (ed) (2011) *Family Violence: Legal,Medical and Social Perspectives*. Boston: Allyn and Bacon.
- Walsh K, Zwi K, Woolfenden S, Shlonsky A. School-based education programmes for the prevention of child sexual abuse. *Cochrane Database Syst Rev*: 1333-1345 16(4) 2015



